

## **SURAT KETERANGAN**

Nomor: 1002/UNUSA/Adm-LPPM/1X/2020

Lembaga Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat (LPPM) Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya menerangkan telah selesai melakukan pemeriksaan duplikasi dengan membandingkan artikel-artikel lain menggunakan perangkat lunak **Turnitin** pada tanggal 15 September 2020.

Judul : Pendidikan Keperawatan Jiwa

Penulis : Abdul Muhith

No. Pemeriksaan : 2020.09.15.479

Dengan Hasil sebagai Berikut:

**Tingkat Kesamaan diseluruh artikel (*Similarity Index*) yaitu 13%**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 15 September 2020

Ketua LPPM



UNUSA  
LPPM

Dr. Ubaidillah Zuhdi, S.T., M.Eng., M.S.M.

NPP: 18101208

**LPPM Universitas Nahdlatul Ulama Surabaya**

Website : [lppm.unusa.ac.id](http://lppm.unusa.ac.id)

Email : [lppm@unusa.ac.id](mailto:lppm@unusa.ac.id)

Hotline : 0838.5706.3867

# Paper 7

*by* Abdul Muhith 7

---

**Submission date:** 30-Jan-2020 10:25AM (UTC+0700)

**Submission ID:** 1248541235

**File name:** BUKU\_PENDIDIKAN\_JIWA\_FULL\_TEKS.pdf (14.46M)

**Word count:** 84286

**Character count:** 537974



PENERBIT ANDI



# **Pendidikan Keperawatan Jiwa**

**[ Teori dan Aplikasi ]**

**Abdul Muhith**

# PENDIDIKAN KEPERAWATAN JIWA

Teori dan Aplikasi





# **Pendidikan Keperawatan Jiwa**

[ Teori dan Aplikasi ]

## PENDIDIKAN KEPERAWATAN JIWA

Teori dan Aplikasi  
Diah Abdul Muhaimin

Hak Cipta © 2015 pada penulis.

Editor : Mieke Bendatu  
Setter : Basuki  
Desain Cover : Dandus  
Korektor : Erang Rianito

Hak Cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotocopy, merekam atau dengan cara lain yang sejenis, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Penerbit: CV ANDI OFFSET (Penerbit ANDI)  
Jl. Raya Sekeloa Selatan 1 No. 102/74/585282 Yogyakarta 55282

Pencetakan: ANDI OFFSET  
Jl. Raya Sekeloa Selatan 1 No. 102/74/585282 Yogyakarta 55282

### Perpustakaan Nasional: Katalog dalam Terbitan (KDT)

Muhaimin, Diah

Pendidikan Keperawatan Jiwa Teori dan Aplikasi / Diah Muhaimin

— Ed. 1. — Yogyakarta: Andi,

2015. — 231 h. : 23 cm.

1. Kesehatan jiwa — Studi kasus.

2. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

3. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

4. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

5. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

6. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

7. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

8. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

9. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

10. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

11. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

12. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

13. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

14. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

15. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

16. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

17. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

18. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

19. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

20. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

21. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

22. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

23. Keperawatan jiwa — Studi kasus.

DDC73.613

## SAMBUTAN

### Direktur Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat DIKTI

Puji syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat-Nya, buku *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi* dapat diselesaikan dengan baik, sehingga dapat dipergunakan sebagai pedoman bagi mahasiswa ilmu keperawatan dan dosen keperawatan, serta seluruh perawat untuk memberikan pelayanan keperawatan jiwa secara profesional yang berkualitas bagi pelayanan perawat di rumah sakit jiwa maupun di masyarakat.

Buku pendidikan keperawatan jiwa disusun hasil program hibah penelitian Buku Teks Perguruan Tinggi Tahun 2014 yang dikelola oleh Direktorat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (Dik. Labmas) DIKTI sebagai upaya untuk meningkatkan kualitas dosen dan dapat memotivasi para dosen untuk terus meneliti dan terus menulis, khususnya menulis buku teks sehingga buku yang dihasilkan diharapkan dapat menjadi sarana belajar atau pendalaman ilmu bagi mahasiswa keperawatan.

Dalam rangka memenuhi amanat tersebut, diperlukan suatu standar yang dapat dijadikan acuan bagi dosen, mahasiswa keperawatan, perawat di setiap rumah sakit, dan *stakeholder* terkait dalam pelayanan keperawatan jiwa di masyarakat. Oleh karena itu, perlu mempersiapkan Buku Pendidikan Keperawatan Jiwa yang sejalan dengan peraturan baru yang berlaku, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan serta Perkembangan Ilmu dan Teknologi.

Buku *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi* ini dapat digunakan sebagai acuan oleh mahasiswa keperawatan, dosen, dan para perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan di seluruh rumah sakit dan masyarakat. Dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan jiwa secara profesional yang diharapkan akan meningkatkan mutu kualitas perawat untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal, khususnya masalah kesehatan jiwa perorangan dan kesehatan jiwa masyarakat.

Ucapan terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak, stakeholder, profesi, dan Direktorat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (Dik. Litabmas) DIKTI yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan buku ini.

Direktur Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat

Agus Subekti

NIP. 19600801 198403 1 002

## UCAPAN TERIMA KASIH

Syukur Alhamdulillah dipanjatkan ke hadirat Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga Program Hibah Penulisan Buku Teks Perguruan Tinggi yang dikelola oleh Direktorat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (Dit. Litabmas) DIKTI ini dapat diselesaikan. Penulis sangat bersyukur dapat menyelesaikan Penulisan Buku Teks Perguruan Tinggi berjudul *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi*.

Program Hibah Penulisan Buku Teks Perguruan Tinggi yang dikelola oleh Direktorat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (Dit. Litabmas) DIKTI ini tidak bisa diselesaikan dan terwujud tanpa bantuan, dorongan, dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu, sangat tepat jika dalam naskah Penulisan Buku Teks Perguruan Tinggi berjudul *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi* ini, penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan kepada

Direktur Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat DIKTI, yang memberi amanah dan kepercayaan sebagai pemenang Program Hibah Penulisan Buku Teks Perguruan Tinggi tahun 2014. Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs, (Ikons) selaku pendamping Program Hibah



Penulisan Buku Teks Perguruan Tinggi dan sebagai Guru Besar Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang selalu meluangkan waktunya untuk memberi kesempatan kepada penulis dengan penuh keikhlasan, perhatian, dan bimbingan serta motivasi yang begitu besar.

Ketua Yayasan Kesejahteraan Warga Kesehatan Stikes dan Poltek Kesehatan Majapahit Mojokerto, Dr. H. Nurwidji, MSi., dan semua teman sejawat dosen dan karyawan serta seluruh mahasiswa Stikes dan Poltek Kesehatan Majapahit Mojokerto yang selalu memberi dorongan agar Penulisan Buku Teks Perguruan Tinggi ini segera dapat diselesaikan.

Istriku tercinta Ita Rustiana, S.KM., dan kedua amaku tersayang (Nazwa Nurainisa Muhita dan Rasyah Brahmanitya Muhith) yang sangat saya cintai yang telah membantu, mendampingi, memberikan motivasi, dorongan, dan selalu memberikan semangat mulai dari awal sampai Penulisan Buku Teks Perguruan Tinggi ini dapat diselesaikan. Selanjutnya saya menyampaikan rasa terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada kedua orang tua, saudara-saudara saya yang tercinta penuh kasih sayang telah membesarkan, mendidik, memberi makna dalam kehidupan ini. Semoga Allah SWT memberikan balasan amal ibadahnya.

Dengan iringan doa semoga Allah SWT memberikan balasan yang berlimpah. Amin.

Penulis

Dr. ABDUL MUHIIT, S.Kep., Ns

## KATA PENGANTAR

Sambutan Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs, (Hons)  
Guru Besar Fakultas Keperawatan UNAIR

Assalaamu' alaihum wr.wb,

Dengan memanjatkan rasa syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya, kami selaku pendamping Dr. Abdul Muhith, S.Kep.Ns., menyambut gembira atas terbitnya buku Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi dalam rangka Program Hibah Penulisan Buku Teks Perguruan Tinggi yang dikelola oleh Direktorat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (Dit Litabmas) DIKTI. Semoga hal ini dapat memotivasi para dosen untuk terus meneliti dan terus menulis, khususnya menulis buku teks. Kegiatan seperti ini pada akhirnya jelas akan memperkaya wawasan ilmiah dalam kegiatan meneliti dan mengajar seorang dosen. Bagi para mahasiswa, buku yang dihasilkan diharapkan dapat menjadi sarana belajar atau pendalaman ilmu.

Sebagai garis terdepan (*frontline*) dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada klien, perawat dituntut untuk mampu memberikan pelayanan asuhan keperawatan secara sistematis, menyeluruh, dan komprehensif kepada klien. Hal ini dilakukan dalam rangka transfer *learning* untuk mengubah perilaku klien dari yang destruktif ke arah perilaku konstruktif sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan yang optimal. Melalui terbitnya buku *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi*, kami berharap dapat memberikan petunjuk kepada perawat tentang tugasnya, bagaimana cara memberikan pelayanan yang prima dan profesional pada klien dengan santun, berempati, beretika, mengerti kondisi emosi klien serta waktu yang tepat saat berinteraksi dengan klien sesuai dengan Standar Operasional Prosedur.

Dalam kesempatan ini, kami ingin mengucapkan terima kasih kepada penulis yang telah mengaplikasikan ilmu pengetahuannya di Bidang Ilmu Keperawatan dalam bentuk buku. Kami harap buku ini membantu mahasiswa dalam melengkapi referensi mata ajar Ilmu Keperawatan Jiwa serta menjadi motivasi dan petunjuk bagi sejawat dosen dan perawat pada umumnya yang bekerja di rumah sakit untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional dan bagi dosen pada khususnya untuk ikut mengaplikasikan ilmu pengetahuannya dalam bentuk karya yang nyata.

Demikian sambutan kami selaku pendamping Dr. Abdul Muhith, S. Kep. Ns. dalam rangka Program Hibah Penulisan Buku Teks Perguruan Tinggi yang dikelola oleh Direktorat Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat (Dit. Litabmas) DIKT1 dan mohon maaf jika ada kata-kata yang tidak berkenan. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi kemajuan Ilmu Keperawatan pada

profesi keperawatan khususnya dan profesi kesehatan pada umumnya. Kami berharap semua pihak yang membantu penulisan buku ini akan mendapatkan rahmat serta hidayah dari Allah SWT. Amin.

Wassalaamu'alaikum wr.wb

Pendamping Program Hibah Penulisan Buku Teks

Prof. Dr. Nursalam, M. Nurs, (Hons)

## DAFTAR ISI

SAMBUTAN.....	III
UCAPAN TERIMA KASIH.....	V
KATA PENGANTAR.....	VII
DAFTAR ISI.....	XI
BAB I PROSES ASUHAN KEPERAWATAN JIWA.....	I
A. KONSEP DASAR PROSES ASUHAN KEPERAWATAN JIWA.....	2
1. Definisi.....	2
2. Metode Proses Asuhan Keperawatan.....	3
B. TAHAPAN DALAM PROSES KEPERAWATAN JIWA.....	4
1. Pengkajian Keperawatan.....	4
2. Diagnosis Keperawatan.....	7
3. Perencanaan Keperawatan.....	12
4. Implementasi / Tindakan Keperawatan.....	14
5. Evaluasi Keperawatan.....	16



C. FORMAT PENGKAJIAN .....	19
RINGKASAN .....	56
SOAL LATIHAN .....	58
DAFTAR PUSTAKA .....	61
<b>BAB 2 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA</b>	
<b>KONSEP DIRI .....</b>	<b>63</b>
A. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN	
KONSEP DIRI .....	64
1. Definisi .....	64
2. Dimensi Konsep Diri .....	68
3. Perkembangan Konsep Diri .....	75
4. Faktor yang Mempengaruhi Pembentukan	
Konsep Diri .....	77
5. Rentang Respon Konsep Diri .....	81
6. Penyebab Gangguan Konsep Diri .....	83
B. PEMBAGIAN KONSEP DIRI .....	84
1. Citra Tubuh .....	84
2. Ideal Diri .....	88
3. Peran .....	90
4. Identitas .....	93
5. Harga Diri .....	94
C. MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN	
KONSEP DIRI .....	98
1. Gangguan Citra Tubuh .....	98
2. Gangguan Ideal Diri .....	101
3. Gangguan Harga Diri .....	104
4. Gangguan Peran .....	106
5. Gangguan Identitas .....	109

D. ASUHAN KEPERAWATAN JIWA KONSEP DIRI .....	101
1. Pengkajian .....	110
2. Diagnosis Keperawatan Konsep Diri .....	114
3. Tindakan Keperawatan .....	114
RINGKASAN .....	133
SOAL LATIHAN .....	135
DAFTAR PUSTAKA .....	140
<b>BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PERILAKU</b>	<b>143</b>
A. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN JIWA	
PERILAKU KEKERASAN .....	144
1. Definisi Perilaku Kekerasan .....	144
2. Teori Perilaku Agresi .....	146
3. Rentang Respon .....	148
4. Faktor Predisposisi .....	152
5. Faktor Presipitasi .....	155
6. Mekanisme Terjadinya Perilaku Agresi .....	156
7. Deteksi Potensi Agresi .....	158
8. Gejala – Gejala Marah .....	159
9. Mekanisme Koping .....	161
B. ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PERILAKU	
AGRESIF .....	162
1. Pengkajian .....	162
2. Diagnosa Keperawatan .....	164
3. Rencana Intervensi Keperawatan .....	175
4. Intervensi Keperawatan .....	168
5. Evaluasi .....	175

C. LAMPIRAN MODUL.....	176
RINGKASAN.....	203
SOAL LATIHAN.....	205
DAFTAR PUSTAKA.....	208
<b>BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI.....</b>	<b>211</b>
A. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa HALUSINASI.....	212
1. Definisi Halusinasi.....	212
2. Dimensi Halusinasi.....	213
3. Rentang Respon Halusinasi.....	215
4. Jenis-Jenis Halusinasi.....	216
5. Fase-Fase Halusinasi.....	217
6. Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Halusinasi.....	220
7. Mekanisme Koping.....	224
8. Validasi Informasi Tentang Halusinasi.....	225
9. Penatalaksanaan Secara Medis pada Halusinasi.....	227
B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA Klien DENGAN HALUSINASI.....	227
1. Pengkajian.....	228
2. Diagnosa Keperawatan.....	230
3. Intervensi Klien dengan Halusinasi.....	231
LAMPIRAN MODUL.....	255
RINGKASAN.....	277
SOAL LATIHAN.....	279
DAFTAR PUSTAKA.....	283

<b>BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa GANGGUAN HUBUNGAN SOSIAL: MENARIK DIRI.....</b>	<b>285</b>
A. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa GANGGUAN HUBUNGAN SOSIAL: MENARIK DIRI.....	286
1. Definisi.....	286
2. Rentang Respon Sosial.....	286
3. Perkembangan Hubungan Sosial.....	290
4. Penyebab Menarik Diri.....	293
5. Tanda dan Gejala.....	305
B. ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa GANGGUAN HUBUNGAN SOSIAL: MENARIK DIRI.....	295
1. Pengkajian.....	295
2. Diagnosa Keperawatan.....	297
3. Rencana Tindakan Keperawatan.....	298
C. LAMPIRAN MODUL.....	302
RINGKASAN.....	322
SOAL LATIHAN.....	324
DAFTAR PUSTAKA.....	329
<b>BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa GANGGUAN ALAM PERASAAN.....</b>	<b>331</b>
A. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa HALUSINASI.....	332
1. Definisi.....	333
2. Tanda dan Gejala.....	334
3. Diagnostik Gangguan Mood.....	335
4. Teori Psikologi Gangguan Mood.....	338
5. Terapi Gangguan Mood.....	351
6. Rentang Respons.....	356



7. Faktor Predisposisi & Presitipasi.....	359
8. Tipe Gangguan Alam Perasaan .....	361
<b>B. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN MANIA DAN DEPRESI.....</b>	<b>363</b>
1. Pengkajian.....	363
2. Perencanaan.....	365
3. Tindakan keperawatan.....	365
4. Evaluasi.....	368
<b>C. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN MASALAH KETIDAKBERDAYAAN.....</b>	<b>369</b>
1. Pengkajian .....	369
2. Rencana Tindakan Keperawatan Ketidakterdayaan .....	370
<b>D. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PENINGKATAN MOBILITAS FISIK.....</b>	<b>372</b>
1. Pengkajian .....	373
2. Diagnosa Keperawatan .....	373
3. Rencana Tindakan Keperawatan .....	374
<b>RINGKASAN.....</b>	<b>376</b>
<b>SOAL LATIHAN.....</b>	<b>378</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>381</b>
<b>BAB 7 GANGGUAN PSIKIATRIK ANAK-ANAK.....</b>	<b>383</b>
<b>A. GANGGUAN RETARDASI MENTAL.....</b>	<b>385</b>
1. Definisi .....	386
2. Klasifikasi Retardasi Mental .....	387
3. Etiologi .....	388
4. Diagnosis.....	390
5. Pencegahan dan Pengobatan .....	392

<b>B. GANGGUAN AUTISME.....</b>	<b>393</b>
1. Definisi.....	395
2. Etiologi.....	395
3. Gejala-Gejala Gangguan Autisme.....	397
4. Kriteria Autisme.....	399
5. Diagnosis Autisme .....	403
6. Penatalaksanaan Autisme .....	404
<b>C. ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD).....</b>	<b>414</b>
1. Definisi Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Adhd) .....	414
2. Pembagian .....	415
3. Etiologi .....	415
4. Penyebab Adhd.....	415
5. Gejala Adhd.....	417
6. Penerapan Terapi Bermain bagi Adhd.....	419
<b>RINGKASAN.....</b>	<b>429</b>
<b>SOAL LATIHAN.....</b>	<b>430</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>433</b>
<b>BAB 8 KEPERAWATAN JIWA PADA REMAJA.....</b>	<b>437</b>
<b>A. KONSEP DASAR KEPERAWATAN JIWA PADA REMAJA.....</b>	<b>438</b>
1. Definisi .....	438
2. Landasan Teoretis Keperawatan Jiwa pada Remaja.....	439
3. Remaja dan Perkembangan .....	441
4. Period of Storm and Stress .....	445
5. Empat Model Kognitif bagi Kecemasan Remaja .....	447

## DAFTAR PUSTAKA

- Arni, dkk, 2001, *Gangguan Perkembangan Pervasif: Ilustrasi 1 Kasus*, Jurnal Medika Nusantara, Vol : 22(2) : 347-54.
- Asonim, <http://www.smartschool.com>
- Asonim, *Autisme*. <http://www.medicastore.com>
- Asonim, *Autisme Bisa Disembuhkan, Kenyataan, dan Harapan*. <http://www.peduliantisme.com>.
- Arm & Fox. 1971. *Teaching Developmentally Disabled Children*, Texas: Pro-ed., Austin.
- Behuni, R.E and Vaughan. 2000. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: EGC.
- Bulman, M. 1997. *Tatalaksana Terpadu Pada Autisme*, dalam: Simposium Tatalaksana Autisme, Gangguan Perkembangan anak, Yayasan AutismeIndonesia, Jakarta
- Care, M. R., and Patricia M.B. 1997. *Nursing Care Planning For Children*. United State Of America: Williams and Wilkins.
- Campbell, M., Shay dkk, 1983, *Pervasif Development Disorder*, Comprehensive Text Book of Psychiatry, 2277-2293.
- Opento, L.J. 1998. *Buku Saku Diagnosis Kependidikan (terjemahan)*, Edisi 8. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

- Carpentito, L.J. 2008. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. Mosby St Louis.
- Courchesne, 1991. *Gangguan Perkembangan Pervusif (Autistik) I kasus*. jurnal Medika Nusantara., Vol : 22(2) : 347-54.
- Davidson, Gerald C., John M. Neale & Ann M. Kring. 2004. *Abnormal Psychology* (9th edition). US: John Wiley & Sons, Inc
- Departemen Kesehatan RI. 1993. *Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPGJ-III)*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
- Depkes RI. 1989. *Petunjuk Teknik Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Skizofrenia*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa
- Depkes RI. 1996. *Keperawatan Jiwa Teori dan Tindakan*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Medik Direktorat Pelayanan Keperawatan
- Depkes RI. 1996. *Proses Keperawatan Jiwa*, jilid 1. Jakarta: Direktorat Kesehatan Jiwa.
- Direktorat Jendral Pelayanan Medik Direktorat Pelayanan Keperawatan. 2000. *Keperawatan Jiwa Teori dan Tindakan*. Jakarta
- Edelson, S. 1997. *Menangani Anak Autisme*. jurnal Medika Nusantara, Vol 30.
- Friedman, Marilyn M. 1998. *Praktik Keperawatan Keluarga: Teori Pengkajian, Diagnosis, dan Intervensi*. Toronto: Appleton & Lange.
- Giangreco, M., S. Edelma, T. Luiselli, and S. MacFarland. 1997. *Helping or hovering? Effects of instructional assistant proximity on student with disabilities*. *Exceptional Children*, 64, No.1, 7-18.
- Hartono, 1998. *Infantil Autism di Majalah Medical Indonesia*, Edisi V, Jakarta: Yayasan Autisme Indonesia.
- Heidman, T. Heather. 2012. *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. Jakarta: EGC.
- Hershenson, David B., Paul W. Power, and Michael Waldo. 1996. *Community Counseling, Contemprover Theory and Practice*. Massachusetts: A Simon & Scuster Company.
- Hyman, S.H. **Addiction**. 2005. *A Disease of Learning and Memory*. *Am J Psychiatry* 162:1414-1422.
- Juans, Ann. 2004. *Panduan Belajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikiatrik Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Iyer, P.W., et al. 1996. *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Jenson, W. R., Sloane, H., & Young, R., 1988. *Applied Behavior Analysis in Education: A Structured Teaching Approach*. New York: Prentice Hall.
- Kaplan, H.S., B.J. Saddock, J.A. Greb. 1994. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences*. Clinical Psychiatry Refford DC (Ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Keliat, B.A. 1994. *Seri Keperawatan Gangguan Konsep Diri*, Cetakan II. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Keliat, B.A. 1994. *Gangguan Konsep Diri*, Cetakan I. Jakarta: EGC.
- Keliat, B.A. 1996. *Marah Akibat Penyakit yang Diderita*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Keliat B.A., dkk. 1998. *Pusat Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: penerbit buku kedokteran EGC.



- Keliat, B.A. 2002. *Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan*. Jakarta: FIK, UI.
- Keliat, B.A. dan Akemat. 2009. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Jakarta: ECG.
- Keliat, B.A. 1999. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit EGC.
- Kozier, B. et al. 1998. *Concept And Issues In Nursing*. California: Addison-Wesley Publishing Company, Health Science Division.
- Kozier, et al. 1997. *Fundamental of Nursing*. California: Addison Wesley Publishing Company, Health Science Division.
- Kozier, et al. 1998. *Techniques In Clinical Nursing*. California: Addison Wesley Publishing Company, Health Science Division.
- Laugesen, Nina. 2003. *Understanding Adolescent Worry: The Application of a Cognitive Model*. Journal of Abnormal Child Psychology.
- Lensing, dkk. 1995, *Gangguan Perkembangan Pervusif*. Buntan 1 Kasus, Jurnal Medika Nusantara, vol 22(2):347-34
- Leventhal, dkk. 1993, *Gangguan Perkembangan Pervusif*. Buntan 1 Kasus, Jurnal Medika Nusantara, Vol 22(2):347-34
- Lovass, O.I, dkk. 1996. *Teaching Developmentally Disabled Children*. Texas: Pro-ed Austin.
- Lumbantobing, S.M. 2001. *Anak Dengan Mental Terbelakang*. Buku Penerbit Fakultas kedokteran Indonesia.
- Maramis, W. F. 1998. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

- Maramis, W.F. 2006. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, Ed. 9. Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim R. (Ed.). 2001. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas dari PPDGJ III*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya.
- Nakita, 2002, *Mengenal Autisme*. Vol 30
- Nakita, 2002, *Panduan Tumbuh Kembang*. jurnal Medika Nusantara, Vol 30
- Nieendra, M.B., dkk. 2002. *Tumbuh Kembang Anak Dan Remaja*. Ikatan Dokter Anak Indonesia. Surabaya: PT Sagung Seto.
- Newson, dkk. 1998. *Long-term Outcome For Children With Autisme Who Received Earlyintensive Behavioral Treatment*. Los Angeles: University of California.
- Nursalam. 2003. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktek*. Jakarta: Salemba Medika.
- Perez, Joseph F. 1979. *Family Counseling: Theory and Practice*. New York: Van Nostrand, Co.
- PPNI. 2009. *Standar Praktek Keperawatan*. Jakarta: PPNI.
- Rapon, I. 2001. *Autistic Spectrum Disorder Across The Life Span*. AAN.
- Ranman. 2001. *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga*, Edisi 1. Jakarta: CV. Agung Seto.
- Second, Hurlock and Elizabeth B. 1980. *Developmental Psychology*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Shives, R. 2008. *Basic concept of psychiatric and Mental Health Nursing*. St Louis: Mosby.
- Soernarno. 1992. *Gangguan Autisme*, Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

Socijingsih. 2000. *Tumbuh Kembang Anak*, editor IG. N. Gido. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Staf Pengajar IKA FKUA. 1999. *Ilmu Kesehatan Anak*. Surabaya: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.

Staf Pengajar IKA FKUI. 1999. *Ilmu Kesehatan Anak*. Jakarta: Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

Stuart, G.W. and Larain. 2005. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, 8ed. Philadelphia: Elsevier Mosby.

Stuart G. W. & S.J. Sundeen. 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St Louis: Mosby Year Book.

Stuart, G.W. dan S.J. Sundeen. 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa* edisi 3. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Stuart, G.W. dan S.J. Sundeen. 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa* edisi 5. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Stuart, G.W. 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta: EGC.

Sutadi, R. 1997. *Tatalaksana Perilaku Pada Penyandang Autisme*. Jakarta: Yayasan Autisme Indonesia.

Suzi & Kaufman. 1998. *Mengangani Anak Autis*. Panduan Untuk Kembang Balita.

Syamsu, Yusuf LN. 2003. *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. Bandung : PT Roesa Karya Remaja.

Townsend, M.C. 1998. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri (terjemahan)*, Edisi 3. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.

Townsend, M.C. 1996. *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of Care*.

Varcarolis, E.M. 2000. *Psychiatric Nursing Clinical Guide*. Philadelphia: WB Saunder Company.

Yosef, Iyus. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: PT Refika Aditama.

Yosef, Iyus. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Bandung: Refika Aditama.

## TENTANG PENULIS

### Dr. ABDUL MUHITH, S. Kep.,

Ns., Penulis lahir di Gresik pada tanggal 12 Maret 1979. Pekerjaan penulis saat ini adalah sebagai dosen profesional pada bidang Ilmu Keperawatan (14107312302553) dengan pangkat Lektor (Kam. 380) / III-D. Penulis sudah memiliki istri yang bernama Ita Rustiana, S.KM dan 2 orang anak yang masing-masing bernama Nazwa Nuramisa Muhith dan Rasyth Brahmantya Muhith. Penulis



tinggal di Sidojungkung RT 04 RW 02, Kecamatan Menganti, Kabupaten Gresik 61174 (depan Balai Desa Sidojungkung). Alamat rumah penulis yang lainnya berada di Jl. Dr. Wahidin Gresik, Green Garden Regensi Blok D1 No. 10 (depan RSUD IBNU SINA Gresik). Penulis dapat dihubungi di nomor telepon 081330890545 atau 085733806626, selain itu dapat juga melalui email [cau\\_muhith@yahoo.co.id](mailto:cau_muhith@yahoo.co.id) dan [rustiata.ita@gmail.com](mailto:rustiata.ita@gmail.com).



**RIWAYATPENDIDIKAN:** menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar hingga SMUN 1 Cernie di Gresik, selanjutnya: 2001: Lulus DIII Keperawatan Soetomo Surabaya, 2004: Lulus SI Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya, 2005: Lulus Profesi Ners Universitas Airlangga Surabaya, 2007: Lulus S2 Manajemen Kesehatan IMBUI Jakarta, 15-02- 2012: Lulus S3 Doktor Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya.

**RIWAYAT PEKERJAAN:** Mulai Sebagai Dosen STIKes Majapahit: 01-03- 2005, diangkat sebagai Ka Prodi SI Keperawatan STIKes Majapahit pada tahun 2008, kemudian diangkat sebagai Wakil Ketua I STIKes Majapahit pada tahun 2009, karena berbagai prestasi yang didapatkan maka terpilih dan diangkat menjadi Ketua STIKes Majapahit : 01 Agus 2013 – Juli 2017.

**RIWAYAT ORGANISASI:** Mulai tahun 2001 aktif sebagai Anggota PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia), 2008: Dewan Pembina Yayasan AKBID MANDIRI Gresik. 2010: Aktif sebagai Ketua Dewan Pembina Yayasan SMK Kes IBH Lamongan, 2013: Menjabat sebagai Direktur Utama PT. MUHITA Kabupaten Gresik, 2013: Menjabat sebagai Direktur KLINIK RAWAT INAP UTAMA MUHITA Gresik.

**KARYA TULIS ILMIAH: PENELITIAN JUHDI  
DISERTASI:** Pengembangan Model Mutu Asuhan Keperawatan Berdasarkan Analisis Kinerja Perawat dan Kepuasan Pasien". Program Doktor Ilmu Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya 12 Februari 2012". **PROGRAM HIBAH BUKU TEKS PERGURUAN TINGGI  
TAHUN 2014 (Dit.Litabmas) DIKTI.** Judul: Asuhan Keperawatan Jiwa; Teori dan Aplikasi.

#### BUKU yang diterbitkan yaitu:

- A. Abdul Nasir, **Abdul Muhith**, M. Sajidin, Wahit, 2010. Komunikasi Dalam Keperawatan: Teori dan Aplikasi, Edisi 1, Penerbit Salemba Medika, Jakarta, ISBN: 978-602-8570-005-3.
- B. Abdul Nasir, **Abdul Muhith**, 2011. Dasar - Dasar Keperawatan Jiwa: Pengantar dan Teori, Edisi 1, Penerbit Salemba Medika, Jakarta, ISBN: 978-602-8570-61-9.
- C. Abdul Nasir, **Abdul Muhith**, M.E. Ideputri, November 2011. Metodologi Penelitian Kesehatan: Konsep Pembuatan Karya Tulis dan Tesis untuk Mahasiswa Kesehatan, Edisi 1, Penerbit Nuha Medika, Yogyakarta, ISBN:978-602-9129-26-7.
- D. **Abdul Muhith**, Juni 2014. Pengembangan Model Mutu Asuhan Keperawatan, Edisi 1, Penerbit Threepreneur-Yogyakarta, ISBN: 978-602-70503-9-6.

## BAB I

### PROSES ASUHAN KEPERAWATAN JIWA

<b>STANDAR KOMPETENSI</b>	: Mengidentifikasi proses asuhan keperawatan jiwa yang sesuai dengan prinsip 5 tahapan proses asuhan keperawatan.
<b>KOMPETENSI DASAR</b>	: Mengidentifikasikan Proses Asuhan Keperawatan Jiwa.
<b>INDIKATOR</b>	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa dapat menyebutkan definisi proses asuhan keperawatan jiwa (C1, A1).</li> <li>2. Mahasiswa dapat menjelaskan metoda proses asuhan keperawatan jiwa (C2, A2).</li> <li>3. Mahasiswa dapat menjelaskan proses asuhan keperawatan jiwa yang sesuai dengan prinsip proses asuhan keperawatan pada tahap pengkajian (C2, A2).</li> <li>4. Mahasiswa dapat menjelaskan proses asuhan keperawatan jiwa yang sesuai dengan prinsip proses asuhan keperawatan pada tahap diagnosis (C2, A2).</li> <li>5. Mahasiswa dapat menjelaskan proses asuhan keperawatan jiwa yang sesuai dengan prinsip proses asuhan keperawatan pada tahap perencanaan (C2, A2).</li> <li>6. Mahasiswa dapat menjelaskan proses asuhan keperawatan jiwa yang sesuai dengan prinsip proses asuhan keperawatan pada tahap implementasi (C2, A2).</li> <li>7. Mahasiswa dapat menjelaskan proses asuhan keperawatan jiwa yang sesuai dengan prinsip proses asuhan keperawatan pada tahap evaluasi (C2, A2).</li> </ol>
<b>MATERI POKOK</b>	: <b>PROSES ASUHAN KEPERAWATAN JIWA</b>



## **BAB 1**

### **PROSES ASUHAN KEPERAWATAN JIWA**

#### **A. KONSEP DASAR PROSES ASUHAN KEPERAWATAN JIWA**

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Standar praktek profesional proses keperawatan terdiri dari lima tahap yaitu yang *sequential* dan berhubungan: pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Iyer *et al.*, 1996). Mari kita belajar bersama 5 tahapan proses keperawatan jiwa.

#### **1. DEFINISI**

Asuhan keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional atau ners melalui kerjasama yang bersifat kolaboratif baik dengan klien maupun tenaga kesehatan lain dalam upaya memberikan asuhan keperawatan yang holistik sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya pada berbagai tatanan pelayanan, termasuk praktik keperawatan individu dan berkelompok (Nursalam, 2003). Praktek keperawatan profesional dengan ciri praktek yang didasari dengan keterampilan intelektual, teknikal, interpersonal dapat dilaksanakan dengan menerapkan suatu metode asuhan yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Metode asuhan untuk praktek profesional tersebut adalah proses keperawatan, suatu rangkaian asuhan yang terdiri dari pengkajian, menyusun diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, implementasi, dan evaluasi.

Metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistemik, berfokus pada respon yang unik dari individu atau kelompok individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial (Kozier *et al.*, 1997). Suatu aktifitas yang dinamik dan berkelanjutan yang meliputi interaksi perawat klien dan proses pemecahan masalah (Schultz & Videbeck, 1998). Salah satu pilar praktek profesional keperawatan adalah pelayanan keperawatan dengan menggunakan *patient care delivery system* di MPKP tertentu. *Patient care delivery system* yang diterapkan di MPKP adalah asuhan keperawatan dengan menerapkan proses keperawatan. Berdasarkan survey masalah yang dilakukan di beberapa rumah sakit jiwa ditemukan ada 7 masalah keperawatan utama pasien yang dirawat

meliputi: 1) Risiko perilaku kekerasan, 2) Gangguan sensori persepsi: halusinasi, 3) Isolasi sosial, 4) Gangguan proses pikir: waham, 5) Risiko bunuh diri, 6) Defisit perawatan diri, dan 7) Gangguan konsep diri: harga diri rendah (Keliat, dan Akemat, 2009).

## 2. METODA PROSES ASUHAN KEPERAWATAN

Metoda ilmiah yang digunakan dalam memberikan asuhan keperawatan klien pada semua tatanan pelayanan kesehatan. Suatu metoda pemberian asuhan keperawatan yang sistemik dan rasional (Kozier *et al.*, 1997). Sehingga, proses keperawatan dipahami sebagai:

- a) Cara berfikir dan bertindak yang spesial.
- b) Pendekatan yang sistematis, kreatif untuk mengidentifikasi, mencegah dan mengatasi masalah kesehatan yang aktual dan potensial untuk mengidentifikasi kekuatan pasien dan mendukung kesejahteraan.
- c) Kerangka kerja dimana perawat menggunakan keterampilan untuk mengekspresikan *human caring*.



**Skema 1:** Proses Asuhan Keperawatan (Kozier *et al.*, 1997).

## B. TAHAPAN DALAM PROSES KEPERAWATAN JIWA

Standar asuhan keperawatan atau standar praktek keperawatan mengacu pada standar praktek profesional dan standar kinerja profesional. Standar praktek profesional di Indonesia telah dijabarkan oleh PPNI, (2009). Standar praktek profesional tersebut juga mengacu pada proses keperawatan jiwa terdiri dari lima tahap standar yaitu: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis, 3) Perencanaan, 4) Pelaksanaan (Implementasi), dan 5) Evaluasi (PPNI, 2009).

### 1. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian adalah Merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Iyer *et.al.*, 1996). Kemampuan perawat yang diharapkan dalam pengumpulan data; punya kesadaran/tilik diri (*self awareness*), kemampuan mengobservasi dengan akurat, komunikasi terapeutik, mampu berespon secara efektif. Data yang dikumpulkan pada saat melakukan pengkajian proses keperawatan jiwa: biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pengelompokan data: faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki. Dimensi pengkajian; fisik, emosional, intelektual, sosial, spiritual, dan kultural (Yosef, Iyus., 2007).

#### Standart Pertama: Pengkajian Keperawatan

Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan (PPNI, 2009).

<b>ASUMSI</b>	: Pengkajian keperawatan merupakan aspek penting dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menetapkan data dasar tentang tingkat kesehatan klien yang digunakan untuk merumuskan masalah klien dan rencana tindakan.
<b>KRITERIA STRUKTUR</b>	: Metoda pengumpulan data yang digunakan dapat menjamin. Pengumpulan data yang sistematis dan lengkap, diperbaruinya data dalam pencatatan yang ada, kemudian memperoleh data, dan terjaganya kerahasiaan. Tatahan praktek mempunyai sistem pengumpulan data keperawatan yang merupakan bagian integral dari sistem pencatatan pengumpulan data klien. Sistem pencatatan berdasarkan proses keperawatan: singkat, menyeluruh, akurat dan berkesinambungan. Sistem pengumpulan data keperawatan yang merupakan bagian integral dari system pencatatan



	kesehatan klien. Praktek mempunyai sistem pengumpulan data keperawatan yang menjadi bagian dari sistem pencatatan kesehatan klien. Ditatanan praktek tersedia sistem penyimpanan data yang dapat memungkinkan diperoleh kembali bila diperlukan. Tersedianya sarana dan lingkungan yang mendukung.
<b>KRITERIA PROSES</b>	: Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang (pengumpulan data diperoleh dari hasil pemeriksaan laboratorium dan uji diagnosis, serta mempelajari catatan lain. Sumber data adalah klien, keluarga atau orang terdekat, tim kesehatan serta catatan lain. Klien berpartisipasi dalam proses pengumpulan data. Data yang dikumpulkan dan difokuskan untuk mengidentifikasi: Status kesehatan saat ini, Status kesehatan masa lalu, Status biologis ( fisiologis ), Status psikologis ( pola koping ), Status sosial kultur, Status spiritual, Respon terhadap terapi, Harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal, Respon masalah potensial.
<b>KRITERIA HASIL</b>	: Data dicatat dan dianalisa sesuai standar dan format yang ada. Data yang dihasilkan akurat, terkini dan relevansi sesuai dengan kebutuhan klien (PPNI, 2009).

### Kegiatan Dalam Mengumpulkan Data

Perawat dalam pengumpulan data pasien harus: *collect, validate, organize, record* (Kozier, *et al.*, 1998).

#### **A. Collect**

Data dapat dikelompokkan menjadi: 1) Subyektif data: cover data/symtoms merupakan data yang tidak bisa diukur atau diobservasi bisa juga didapatkan dari orang lain. 2) Obyektif data: over data/sign data yang bisa dideteksi oleh orang lain selain klien, biasanya didapatkan dengan cara melakukan observasi dan pemeriksaan fisik.

#### **B. Validate**

Mengecek kembali data untuk klarifikasi, oleh karena: obyektif data dan Subyektif data tidak sinkron, pernyataan klien berbeda pada waktu pengkajian yang berbeda. Data tampak sangat tidak normal, adanya faktor yang sangat mempengaruhi pada waktu pengukuran.

#### **C. Organize**

Data yang telah didapat perlu diorganisir berdasarkan kerangka kerja dengan menggunakan model keperawatan (*Nursing Models*), contoh: *Girdon's*

*functional health patterns framework, Orem's self care models, Roy's adaptation models, Maslow's hierarchy of needs, Stuart adaptation models.* **Stuart adaptation models** adalah merupakan model penanganan psikiatri yang membagi pasien dalam beberapa tahap penanganan, yaitu: krisis, akut, pemeliharaan, peningkatan.

#### **D. Record**

Data subyektif dituliskan dengan menulis kata-kata klien. Catat *cues* bukan *inference*. **Cues** adalah apa yang klien ceriterakan, apa yang anda lihat, apa yang anda dengar, rasakan, bau dan ukur). **Inference** adalah penilaian atau apa arti dari *cues*. Hindari menggunakan kata umum (normal, adekuat).

## **2. DIAGNOSIS KEPERAWATAN**

Perawatan menganalisis pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan (PPNI, 2009).

<b>ASUMSI</b>	: Diagnosis keperawatan sebagai dasar pengembangan rencana intervensi keperawatan dalam rangka mencapai peningkatan pencegahan dan penyembuhan penyakit serta pemulihan kesehatan klien.
<b>KRITERIA STRUKTUR</b>	: Tataunan praktek memberi kesempatan; 1) Kepada teman sejawat klien untuk melakukan validasi diagnosis keperawatan, 2) adanya mekanisme pertukaran informasi tentang hasil penelitian dalam menetapkan diagnosa keperawatan yang tepat, 3) untuk akses sumber dan program pengembangan professional yang terkait, dan 4) adanya pencatatan yang sistematis tentang diagnosa klien.
<b>KRITERIA PROSES</b>	: Proses diagnosis terdiri dari analisa, interpretasi data, identifikasi masalah klien dan perumusan diagnosa keperawatan. Komponen diagnosa keperawatan terdiri dari masalah ( <i>problem</i> ), penyebab ( <i>etiologi</i> ), gejala ( <i>symtom</i> ) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (PE). Bekerjasama dengan klien, dekat dengan klien, petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosis keperawatan. Melakukan kaji ulang dan revisi diagnosis berdasarkan data baru.
<b>KRITERIA HASIL</b>	: Diagnosis keperawatan divalidasi oleh klien bila memungkinkan dan diagnosis keperawatan yang dibuat, diterima oleh teman sejawat sebagai diagnosis yang relevan dan signifikan. Diagnosis didokumentasikan untuk memudahkan perencanaan implementasi, evaluasi dan penelitian (PPNI, 2009).

Umumnya sejumlah masalah klien saling berhubungan dan dapat digambarkan sebagai pohon masalah (Townsend, M.C, 1998). Terdiri dari:



**Skema 2:** Pohon Masalah (Townsend, M.C, 1998).

Sebaiknya keperawatan jiwa menggunakan *diagnostic label* mengacu pada pengelompokan diagnosis keperawatan. Terminologi diagnosis keperawatan jiwa (Townsend, M.C, 1998) adalah sebagai berikut:

**1. Diagnosis**

Fase kedua dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang digunakan untuk menginterpretasikan data untuk membuat kesimpulan dan membuat *Nursing Diagnosis*.

**2. Nursing Diagnosis**

Adalah merupakan kesimpulan dari status kesehatan pasien dan merupakan produk dari aktifitas diagnosis

**3. Diagnosis Label**

Merupakan daftar standart penulisan nursing diagnosis. Umumnya perawat menggunakan NANDA-I sebagai diagnosis Label, tetapi ada juga diagnosis Label yang dibuat oleh Gordon atau ICNP.

### Cara Penulisan Diagnosa Aktual

Rumusan diagnosis dapat menggunakan (Townsend, M.C, 1998) adalah sebagai berikut:

#### **1. Format Dasar *Problem – Etiologi* (P.E)**

Menggunakan dua pernyataan yaitu: Problem berhubungan dengan etiologi.  
Contoh: Harga diri rendah berhubungan dengan penolakan.

#### **2. Format *Problem - Etiologi – Sign and Symptoms* (P.E.S)**

Format ini direkomendasikan pada saat pertama kali belajar menulis diagnosis keperawatan. Jika menggunakan metoda ini perlu menambahkan manifestasi setelah etiologi dan diikuti dengan tanda dan gejala dari pasien. Format *Problem - Etiologi – Sign and Symptoms* (P.E.S) adalah: 1) Problem berhubungan dengan etiologi ditandai dengan *Sign and Symptoms*. Contoh: Harga diri rendah berhubungan dengan penolakan ditandai dengan Hipersensitif.

### Cara Penulisan Diagnosis Potensial (Risiko)

Diagnosa risiko (potensial) didiagnosis dengan melihat adanya faktor risiko dan bukan batasan karakteristik. Format hanya problem dan etiologi. Etiologi didapatkan dari faktor resiko. Bentuk bisa berupa: satu pernyataan, tiga pernyataan, Multiple pernyataan dan tidak bisa menggunakan format *Problem-Etiologi - Sign and Symptoms* (P.E.S)

### Cara Penulisan Diagnosis Keperawatan yang Kemungkinan Muncul

Cara penulisan diagnosis keperawatan yang mungkin muncul diangkat apabila masih perlu mencari data lain. Data tersebut tidak cukup untuk menjadi satu pernyataan (baik problem atau etiologi). Untuk itu diagnosis yang dituliskan ditambah dengan kemungkinan yang diletakkan sebelum penulisan problem atau etiologi. Contoh: 1) Kemungkinan situasi harga diri rendah berhubungan dengan kehilangan pekerjaan 2) Kemungkinan proses berfikir terganggu berhubungan dengan lingkungan asing.

### Cara Penulisan *Collaborative Problem*

Masalah kolaboratif adalah suatu kondisi komplikasi dari penyakit atau *treatmen* dimana perawat tidak menangani secara mandiri. Etiologi biasanya mencantumkan penyakit, treatment atau patologi. Pada proses keperawatan jiwa



biasanya masalah kolaborasi dari efek ECT dan efek pengobatan Tranquilizer → etiologi untuk diagnosa risiko untuk kegagalan. Maka diperlukan tugas perawat untuk masalah kolaborasi adalah pencegahan dan observasi. Pasien tidak punya tanda dan gejala → (-) P.E.S. Contoh: Risiko kegagalan berhubungan dengan pemberian Tranquilizer

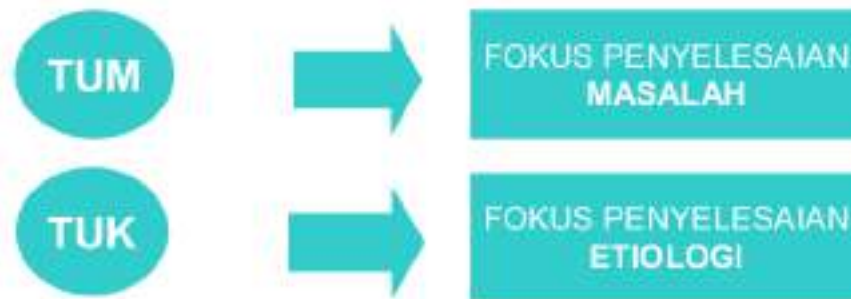
### 3. PERENCANAAN KEPERAWATAN

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan dan meningkatkan kesehatan lain (PPNI, 2009).

<b>ASUMSI</b>	:	Perencanaan dikembangkan berdasarkan diagnosis keperawatan.
<b>KRITERIA STRUKTUR</b>	:	Tatanan praktek menyediakan: 1) Sarana yang dibutuhkan untuk mengembangkan perencanaan, 2) Adanya mekanisme pencatatan, perencanaan sehingga dapat digunakan kembali dikomunikasikan perencanaan.
<b>KRITERIA PROSES</b>	:	Perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan keperawatan. Bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan. Perencanaan bersifat individual (sebagai individu, kelompok dan masyarakat) sesuai dengan kondisi atau kebutuhan lain.
<b>KRITERIA HASIL</b>	:	1.Tersusunya rencana asuhan keperawatan 2.Perencanaan mencerminkan penyelesaian terhadap diagnosis keperawatan 3.Perencanaan tertulis dalam format yang singkat dan mudah didapat 4.Perencanaan menunjukkan bukti adanya revisi pencapaian tujuan (PPNI, 2009).

Rencana tindakan keperawatan terdiri dari: Tujuan umum, tujuan khusus dan rencana tindakan keperawatan. Perencanaan menggambarkan tindakan yang akan dilakukan dengan merujuk pada NIC (*Nursing Intervention Classification*).





**Skema 3:** *Nursing Intervention Clasification* Stuart, GW & Sundeen, S.J, 2006.

Rumusan kemampuan klien: kemampuan kognitif, kemampuan afektif dan kemampuan psikomotor (Stuart, GW dan Sundeen, S.J, 2006).

**Kata Kerja Untuk Tujuan:**

Domain Kognitif	: <b>Kata kerjanya:</b> jelaskan, hubungkan, uraikan, identifikasikan, bandingkan, diskusikan, membuat daftar, menyebut.
Domain Afektif	: <b>Kata kerjanya:</b> menerima, mengakui, menyadari, menilai, mengungkapkan, mempercayai.
Domain Psikomotor	: <b>Kata kerjanya:</b> menempatkan, meniru, menyapkan, mengulang, mengubah, mendemonstrasikan, menampilkan, memberi (Stuart, GW dan Sundeen, S.J, 2006).

Rencana tindakan keperawatan membagi karakteristik tindakan berupa: konseling/psikoterapeutik, pendidikan kesehatan, perawatan mandiri dan ADL, terapi modalitas keperawatan, perawatan berkelanjutan, kolaborasi terapi somatis dan psiko farmaka (Stuart, GW dan Sundeen, S.J, 2006).

### 3. IMPLEMENTASI / TINDAKAN KEPERAWATAN

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan (PPNI, 2009).

<b>RASIONAL</b>	: Perawat mengimplementasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan dan partisipasi klien dalam tindakan keperawatan pada hasil yang diharapkan.
-----------------	---

**KRITERIA STRUKTUR**

; Tatanan peaktek menyediakan: Sumber daya untuk pelaksana kegiatan, Pola ketenagaan yang sesuai kebutuhan, Adanya mekanisme untuk mengkaji dan merevisi pola ketenagaan secara periodik, Melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksana keperawatan dibawah tanggung jawabnya, Menjadi koordinator pelayanan dan advokasi terhadap klien untuk mencapai tujuan kesehatan, Menginformasikan kepada klien tentang status kesehatan dan fasilitas- fasilitas pelayanan kesihatan yang ada, Memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep dan keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan, Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien

**KRITERIA HASIL**

; Terdokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien secara sistematis dan dengan mudah diperoleh kembali, Tindakan keperawatan dapat diterima oleh klien dan keluarga, Ada bukti – bukti yang terukur tentang pencapaian tujuan (PPNI, 2009).

Pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan sesuai dengan rencana tindakan keperawatan. Hal yang perlu dilakukan dalam implementasi (Stuart, GW dan Sundeen, S.J, 2006),

**DO (Melakukan)**

Implementasi pelaksanaan kegiatan yang terbagi beberapa kriteria

**1. Dependent interventions**

Dilaksanakan dengan mengikuti order dari pemberi perawatan kesehatan lain

**2. Colaborative (interdependent)**

Kegiatan yang dilaksanakan dengan profesional kesehatan lain

**3. Otonomi (Independent)**

Kegiatan yang dilaksanakan dengan melakukan nursing order dan sering juga bersamaan dengan order dari medis

**Delegate**

Pelaksanaan order bisa didelegasikan hanya saja ada beberapa tanggung jawab yang perlu dicermati oleh pemberi delegasi

1. Apakah tugas tersebut tepat untuk didelegasikan.
2. Apakah komunikasi tepat dilakukan.
3. Apakah ada supervisi

**Record**

Pencatatan bisa dilakukan dengan berbagai format tergantung pilihan dari setiap institusi.

<b>Syarat Bagi Perawat Melakukan Implementasi</b>	<b>Kondisi perawat</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memiliki pengalaman klinik.</li> <li>2. Pengetahuan tentang riset.</li> <li>3. Responsif</li> <li>4. Tindakan mempunyai dimensi perawatan</li> </ol>
	<b>Perilaku perawat</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mempertimbangkan sumber yang tersedia.</li> <li>2. Menunculkan alternatif.</li> <li>3. Berkoordinasi dengan petugas lainnya (Stuart, GW dan Sundeen, S.J, 2006).</li> </ol>

## 5. EVALUASI KEPERAWATAN

Perawatan mengevaluasi perkembangan kesehatan terhadap tindakan dalam mencapai tujuan, sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan (PPNI, 2009).

<b>ASUMSI</b>	:	Praktek keperawatan merupakan suatu proses dinamis yang mencakup berbagai perubahan data, diagnosa atau perencanaan yang telah dibuat sebelumnya. Efektifitas asuhan keperawatan tergantung pada pengkajian yang berulang – ulang.
<b>KRITERIA STRUKTUR</b>	:	Tatanan praktek menyediakan sarana dan lingkungan yang mendukung terlaksananya proses evaluasi. Adanya akses informasi yang dapat digunakan perawat dalam penyempurnaan perencanaan. Adanya supervise dan konsultasi untuk membantu perawat melakukan evaluasi secara efektif dan mengembangkan alternatif perencanaan yang tepat.
<b>KRITERIA PROSES</b>	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menyusun rencana evaluasi hasil tindakan secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus.</li> <li>2) Menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan.</li> <li>3) Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan sejawat dan klien.</li> <li>4) Bekerja sama dengan klien dan keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.</li> <li>5) Mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.</li> <li>6) Melakukan supervisi dan konsultasi klinik</li> </ol>

<b>KRITERIA HASIL</b>	;	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diperolehnya hasil revisi data, diagnosis, rencana tindakan keperawatan berdasarkan evaluasi.</li> <li>2) Klien berpartisipasi dalam proses evaluasi dan merevisi rencana tindakan.</li> <li>3) Hasil evaluasi digunakan mengambil keputusan.</li> <li>4) Evaluasi tindakan terdokumentasikan yang menunjukkan kontribusi terhadap efektifitas tindakan keperawatan dan penelitian (PPNI, 2009).</li> </ol>
-----------------------	---	---

Merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Dilakukan terus menerus pada respon klien. Selalu melibatkan klien dan keluarga agar dapat melihat perubahan dan berupaya mempertahankan dan memelihara. Diperlukan reinforcement untuk menguatkan perubahan yang positif (Stuart, GW dan Sundeen, S.J, 2006).

<b>Syarat Bagi Perawat Melakukan Evaluasi</b>	<b>Kondisi perawat:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supervisi</li> <li>2. Analisis diri</li> <li>3. Peer review</li> <li>4. Partisipasi klien dan keluarga</li> </ol> <b>Perilaku perawat</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Membandingkan respon klien dan hasil yang diharapkan.</li> <li>2) Memodifikasi proses keperawatan sesuai yang dibutuhkan.</li> <li>3) Berpartisipasi dalam peningkatan kualitas dari aktifitas yang dilakukan</li> </ol>
<b>Pendekatan Evaluasi</b>	<b>S=</b> respon subyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan <b>O=</b> respon obyektif klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan <b>A=</b> analisa ulang atas data subyektif dan obyektif untuk menyimpulkan apakah masih tetap/muncul masalah baru/ada data yang kontradiktif dengan masalah yang ada <b>P=</b> perencanaan atas tindak lanjut berdasarkan hasil analisa pada respon klien
<b>Rencana Tindak Lanjut Berupa</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rencana diteruskan bila masalah tidak berubah</li> <li>2. Rencana dibatalkan bila ditemukan masalah baru dan berolak belakang dengan masalah yang ada serta diagnosa lama dibatalkan</li> <li>3. Rencana dihentikan bila tujuan telah tercapai (Stuart, GW dan Sundeen, S.J, 2006).</li> </ol>



### C. FORMAT PENGKAJIAN

Pengkajian adalah Merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan (Keliat, B.A., dan Akemat., 2009). Mari belajar bersama sama.

#### PENGKAJIAN PROSES ASUHAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA

RUANG RAWAT:

TANGGAL DIRAWAT / Jam :

##### I. IDENTITAS KLIEN

Inisial : \_\_\_\_\_ (L/P) Tanggal Pengkajian/Jam: \_\_\_\_\_  
Umur : \_\_\_\_\_ RM No: \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_  
Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
Informan : \_\_\_\_\_

##### II. ALASAN MASUK

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### III. FAKTOR PRESIPITASI/ RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

##### IV. FAKTOR PREDISPOSISI

###### ➤ RIWAYAT PENYAKIT LALU

1. Pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu? ☐ ya ☐ tidak

Bila ya jelaskan \_\_\_\_\_

2. Pengobatan sebelumnya ☐ Berhasil ☐ Kurang Berhasil ☐ Tidak Berhasil

3. Pernah mengalami penyakit fisik (termasuk gangguan tumbuh kembang)

☐ ya ☐ tidak

Bila ya jelaskan \_\_\_\_\_

###### ➤ RIWAYAT PSIKOSOSIAL

	Pelaku/ usia	Korban/ usia	Saksi/ usia
1. Aniaya fisik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Aniaya seksual	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Penolakan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Kekerasan keluarga	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Tindakan kriminal	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Jelaskan: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Pengalaman masa lalu lain yang tidak menyenangkan (bio, psiko, sosio, kultural, spiritual): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

7. Kesan Kepribadian klien: ☐ extrovert ☐ introvert ☐ lain-lain: \_\_\_\_\_

➤ **RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

1. Adakah anggota keluarga yang mengalami gangguan jiwa? ☐ ya ☐ tidak  
Hubungan keluarga                      Gejala                      Riwayat Pengobatan/perawatan

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

**V. STATUS MENTAL**

**1. Penampilan**

- ☐ tidak rapi                      ☐ penggunaan pakaian                      ☐ Cara  
berpakaian tidak seperti                      tidak sesuai                      biasanya

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

**2. Kesadaran**

➤ Kuantitatif/ penurunan kesadaran]

- ☐ compos mentis                      ☐ apatis/ sedasi                      ☐ somnolensia  
☐ sopor                      ☐ subkoma                      ☐ koma

➤ Kualitatif

- ☐ tidak berubah                      ☐ berubah  
☐ meninggi                      ☐ gangguan tidur: sebutkan \_\_\_\_\_  
☐ hipnosa                      ☐ disosiasi: sebutkan \_\_\_\_\_

**3. Disorientasi**

- ☐ waktu                      ☐ tempat                      ☐ orang

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

**4. Aktivitas Motorik/ Psikomotor**

Kelambatan:

- ☐ hipokinesia, hipoaktivitas                      ☐ sub stupor katatonik  
☐ katalepsi                      ☐ fleksibilitas serea

Peningkatan:

- ☐ hiperkinesia, hiperaktivitas                      ☐ gaduh gelisah katatonik  
☐ TJK                      ☐ grimase                      ☐ tremor                      ☐ gagap  
☐ stereotipi                      ☐ manerism                      ☐ katalepsi                      ☐ akhopraxia  
☐ command automatism                      ☐ atomatisma                      ☐ negativisme                      ☐ reaksi konversi  
☐ verbigerasi                      ☐ berjalan kaku                      ☐ kompulsif                      ☐ lain-2 sebutkan

**5. Afek/ Emosi**

- ☐ adekuat                      ☐ tumpul                      ☐ dangkal/ datar                      ☐ labil  
☐ inadekuat                      ☐ anhedonia                      ☐ marasa kesepian                      ☐ euforia  
☐ ambivalen                      ☐ apati                      ☐ marah                      ☐ depresif/sedih  
☐ cemas:                      ☐ ringan                      ☐ sedang                      ☐ berat                      ☐ panik

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

**6. Persepsi**

- ☐ halusinasi      ☐ ilusi      ☐ depersonalisasi      ☐ derealisasi

Macam Halusinasi

- ☐ pendengaran      ☐ penglihatan      ☐ perabaan  
☐ pengecapan      ☐ penghidu/ pembauan      ☐ lain-lain,

sebutkan.....

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

**7. Proses Pikir**

➤ **Arus Pikir**

- ☐ koheren      ☐ inkoheren      ☐ asosiasi longgar  
☐ flight of ideas      ☐ blocking      ☐ pengulangan pembicaraan/perseverasi  
☐ tangensial      ☐ sirkumstansiality      ☐ logorea  
☐ neologisme      ☐ bicara lambat      ☐ bicara cepat      ☐ irelevansi  
☐ main kata-kata      ☐ afasi      ☐ assosiasi bunyi      ☐ lain2 sebutkan..

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa

Keperawatan: \_\_\_\_\_

➤ **Isi Pikir**

- ☐ obsesif      ☐ ekstasi      ☐ fantasi  
☐ bunuh diri      ☐ ideas of reference      ☐ pikiran magis  
☐ alienasi      ☐ isolasi sosial      ☐ rendah diri  
☐ preokupasi      ☐ pesimisme      ☐ fobia

sebutkan.....

☐ waham: sebutkan jenisnya

- ☐ agama      ☐ somatik, hipokondrik      ☐ kebesaran      ☐ curiga  
☐ nihilistik      ☐ sisip pikir      ☐ siar pikir      ☐ kontrol pikir  
☐ kejaran      ☐ dosa

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

➤ **Bentuk Pikir**

- ☐ realistik      ☐ nonrealistik  
☐ autistik      ☐ dereistik

**8. Memori**

- ☐ gangguan daya ingat jangka panjang      ☐ gangguan daya ingat jangka pendek  
☐ gangguan daya ingat saat ini      ☐ amnesia, sebutkan.....  
☐ paramnesia, sebutkan jenisnya.....  
☐ hiperamnesia, sebutkan .....

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

**9. Tingkat Konsentrasi dan Berhitung**

- ☐ mudah beralih      ☐ tidak mampu berkonsentrasi      ☐ tidak mampu berhitung sederhana

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

**10. Kemampuan Penilaian**☐ gangguan ringan☐ gangguan bermakna

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

**11. Daya Tilik Diri/ Insight**☐ mengingkari penyakit yang diderita☐ menyalahkan hal-hal diluar dirinya

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

**12. Interaksi selama Wawancara**☐ bermusuhan☐ tidak kooperatif☐ mudah tersinggung☐ kontak mata kurang☐ defensif☐ curiga

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

**VI. FISIK****1. Keadaan umum**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Tanda vital: TD: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ S: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_

3. UKur: TB: \_\_\_\_\_ BB: \_\_\_\_\_ ☐ turun ☐ naik4. Keluhan fisik: ☐ tidak ☐ ya

jelaskan: \_\_\_\_\_

**5. Pemeriksaan fisik:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jelaskan : \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan : \_\_\_\_\_

**VII. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL (sebelum dan sesudah sakit)****1. Konsep Diri**

a. Citra tubuh : \_\_\_\_\_

b. Identitas : \_\_\_\_\_

c. Peran : \_\_\_\_\_

d. Ideal diri : \_\_\_\_\_

e. Harga diri : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan : \_\_\_\_\_

**2. Genogram**



### 3. Hubungan Sosial

- a. Hubungan terdekat :

\_\_\_\_\_

- b. Peran serta dalam kelompok/ masyarakat

\_\_\_\_\_

- c. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain

\_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

### 4. Spiritual dan kultural

- a. Nilai dan keyakinan

\_\_\_\_\_

- b. Konflik nilai/ keyakinan/ budaya

\_\_\_\_\_

- c. Kegiatan ibadah

\_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

## VIII. AKTIVITAS SEHARI-HARI (ADL)

### 1. Makan

☐ Bantuan minimal ☐ Sebagian ☐ Bantuan total

### 2. BAB/BAK

☐ Bantuan minimal ☐ Sebagian ☐ Bantuan total

### 3. Mandi

☐ Bantuan minimal ☐ Sebagian ☐ Bantuan total

### 4. Berpakaian/berhias

☐ Bantuan minimal ☐ Sebagian ☐ Bantuan total

### 5. Istirahat dan tidur

☐ Tidur siang lama : \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_

☐ Tidur malam lama : \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_

☐ Aktivitas sebelum/sedudah tidur : \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_

### 6. Penggunaan obat

☐ Bantuan minimal ☐ Sebagian ☐ Bantuan total

### 7. Pemeliharaan kesehatan

Perawatan Lanjutan ☐ Ya ☐ Tidak

Sistem pendukung ☐ Ya ☐ Tidak

**8. Aktivitas di dalam rumah**

- |                        |                             |                                |
|------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Mempersiapkan makanan  | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Menjaga kerapian rumah | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Mencuci pakaian        | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Pengaturan keuangan    | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

**9. Aktivitas di luar rumah**

- |              |                             |                                |
|--------------|-----------------------------|--------------------------------|
| Belanja      | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Transportasi | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| Lain-lain    | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

Jelaskan : \_\_\_\_\_  
 Diagnosa Keperawatan: \_\_\_\_\_

**IX. MEKANISME KOPING****Adatif**

- ☐ Bicara dengan orang lain  
☐ Mampu menyelesaikan masalah  
☐ Teknik relokasi  
☐ Aktivitas konstruktif  
☐ Olah raga  
☐ Lainnya .....

**Maladaptif**

- ☐ Minum Alkohol  
☐ Reaksi lambat / berlebih  
☐ Bekerja berlebihan  
☐ Menghindar  
☐ Mencederai diri  
☐ Lainnya .....

Diagnosa Keperawatan : \_\_\_\_\_

**X. MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

- ☐ Masalah dengan dukungan kelompok, uraikan \_\_\_\_\_

- ☐ Masalah berhubungan dengan lingkungan, uraikan \_\_\_\_\_

- ☐ Masalah dengan pendidikan, uraikan \_\_\_\_\_

- ☐ Masalah dengan pekerjaan, uraikan \_\_\_\_\_

- ☐ Masalah dengan perumahan, uraikan \_\_\_\_\_

- ☐ Masalah dengan ekonomi, uraikan \_\_\_\_\_

- ☐ Masalah dengan pelayanan kesehatan, uraikan \_\_\_\_\_

- ☐ Masalah lainnya, uraikan \_\_\_\_\_

Diagnosa Keperawatan : \_\_\_\_\_

**XI. KURANG PENGETAHUAN TENTANG**

- ☐ Penyakit jiwa  
☐ Faktor presiptasi  
☐ Koping  
☐ Lainnya

- ☐ Sistem pendukung  
☐ Penyakit fisik  
☐ Obat-obatan

Diagnosa Keperawatan : \_\_\_\_\_

**XII. ASPEK MEDIK**

Diagnosa medik : \_\_\_\_\_  
 Terapi medik : \_\_\_\_\_

**XIII. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**


**XIV. ANALISA DATA**

No	DATA	MASALAH

**XV. POHON MASALAH**

**XVI. DIAGNOSA KEPERAWATAN**


\_\_\_\_\_

**Mahasiswa/Perawat**

\_\_\_\_\_

**DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN  
(Berdasarkan prioritas)**

Ruang :  
 Nama Pasien :  
 No. Register :

No. Dx	TANGGAL MUNCUL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL TERATASI	TANDA TANGAN

**IMPLEMENTASI DAN EVALUASI  
KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA**

Nama : \_\_\_\_\_ Ruangan : \_\_\_\_\_ RM No. : \_\_\_\_\_

NO Dx	Tanggal & Jam	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN	EVALUASI



## RENCANA TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK

### A. TOPIK:

.....

.....

.....

.....

### B. TUJUAN:

#### 1. Tujuan Umum:

.....

.....

.....

#### 2. Tujuan Khusus:

- a. ....
- b. ....
- c. ....

### C. LANDASAN TEORI

Yaitu: justifikasi TAK dibutuhkan pada kondisi klien yang akan disertakan

### D. KLIEN

1. Karakteristik/ kriteria
2. Proses seleksi

### E. PENGORGANISASIAN

1. Waktu : tanggal, hari, jam, lama tiap langkah kegiatan
2. Tim terapis : leader, Co leader, Fasilitator, Observer
3. Metoda/media

### F. PROSES PELAKSANAAN

1. Orientasi
  1. Salam dan perkenalan
  2. Penjelasan tujuan dan aturan main
2. Kerja  
Langkah-langkah kegiatan
3. Terminasi
  1. Evaluasi respons subjektif klien
  2. Evaluasi respons objektif (observasi perilaku klien selama kegiatan dikaitkan dengan tujuan)
  3. Tindak lanjut: apa yang dapat klien laksanakan setelah TAK
  4. Kontrak yang akan datang

## **PETUNJUK TEKNIS PENGISIAN FORMULIR PENGKAJIAN KEPERAWATAN KESEHATAN JIWA**

Setiap melakukan pengkajian, tulis tempat klien dirawat dan tanggal dirawat

### **I. IDENTITAS**

1. Perawat yang merawat klien melakukan pengenalan dan kontrak dengan klien tentang: nama perawat, nama klien, panggilan perawat, panggilan klien, tujuan, waktu, tempat pertemuan, topik yang akan dibicarakan.
2. Usia dan No. RM → Lihat RM
3. Alamat
4. Pekerjaan
5. Mahasiswa menuliskan sumber data / informan

### **II. ALASAN MASUK**

Tanyakan kepada klien/keluarga :

1. Apa yang menyebabkan klien/keluarga datang ke Rumah Sakit saat ini?
2. Bagaimana gambaran gejala tersebut ?

### **III. FAKTOR PREDISPOSISI**

1. Tanyakan riwayat timbulnya gejala gangguan jiwa saat ini
2. Tanyakan penyebab munculnya gejala tersebut.
3. Apa saja yang sudah dilakukan oleh keluarga mengatasi masalah ini ?
4. Bagaimana hasilnya ?

### **IV. FAKTOR PREDISPOSISI**

#### **➤ RIWAYAT PENYAKIT MASA LALU**

1. Tanyakan kepada klien / keluarga apakah klien pernah mengalami gangguan jiwa di masa lalu, bila ya beri tanda 3 pada kotak ya dan bila tidak beri tanda 3 pada kotak tidak
2. Apabila pada poin 1 ya, maka tanyakan bagaimana hasil pengobatan sebelumnya. Apabila dia dapat beradaptasi di masyarakat tanpa ada gejala-gejala gangguan jiwa maka beri tanda 3 pada kotak berhasil. Apabila dia dapat beradaptasi tapi masih ada gejala-gejala sisa maka beri tanda 3 pada kotak kurang berhasil. Apabila tidak ada kemajuan atau gejala-gejala bertambah atau menetap maka beri tanda 3 pada kotak tidak berhasil.
3. Tanyakan apakah klien pernah mengalami gangguan fisik / penyakit termasuk gangguan pertumbuhan dan perkembangan

#### **➤ RIWAYAT PSIKOSOSIAL**

1. Tanyakan pada klien apakah klien pernah melakukan dan atau mengalami dan atau menyaksikan penganiayaan fisik, seksual, penolakan dari lingkungan, kekerasan dalam keluarga dan tindakan kriminal. Beri tanda 3 sesuai dengan penjelasan klien / keluarga apakah klien sebagai pelaku dan atau korban, dan atau saksi, maka beri tanda 4 pada kotak pertama. Isi usia saat kejadian pada kotak ke dua. Jika klien pernah mengalami pelaku dan jelas tentang kejadian yang dialami klien
2. Tanyakan pengalaman masa lalu lain yang tidak menyenangkan baik bio, psiko, sosio, kultural, spiritual seperti (kegagalan, kehilangan / perpisahan / kematian, trauma selama tumbuh kembang) yang pernah dialami klien pada masa lalu
3. Bagaimana kesan kepribadian klien ?

➤ **RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

1. Tanyakan kepada klien / keluarga apakah ada anggota keluarga lainnya yang mengalami gangguan jiwa, jika ada beri tanda 3 pada kotak ya dan jika tidak beri tanda 3 pada kotak tidak. Apabila ada anggota keluarga lain yang mengalami gangguan jiwa maka tanyakan bagaimana hubungan klien dengan anggota keluarga terdekat. Tanyakan apa gejala yang dialami serta riwayat pengobatan dan perawatan yang pernah diberikan pada anggota keluarga tersebut. Diagnosa Keperawatan ditulis sesuai dengan data

**V. STATUS MENTAL**

Beri tanda 3 pada kotak sesuai dengan keadaan klien boleh lebih dari satu :

**1. Penampilan**

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat / keluarga

- a. Penampilan tidak rapi jika dari ujung rambut sampai ujung kaki ada yang tidak rapi.  
Misalnya:rambut acak-acakan, kancing baju tidak tepat, resleting tidak dikunci, baju terbalik, baju tidak diganti-ganti.
- b. Penggunaan pakaian tidak sesuai. Misalnya: pakaian dalam dipakai di luar baju
- c. Cara berpakaian tidak seperti biasanya jika penggunaan pakaian tidak tepat (waktu, tempat, identitas, situasi/kondisi)
- d. Jelaskan hal-hal yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum
- e. Diagnosa Keperawatan ditulis sesuai dengan data

**2. Kesadaran**

➤ Kuantitatif/penurunan kesadaran

- ❖ Compos mentis: sadarkan diri
- ❖ Apati: individu mulai mengantuk acuh tak acuh terhadap rangsang yang masuk, diperlukan rangsang yang kuat untuk menarik perhatian
- ❖ Somnolensia: jelas sudah mengantuk, diperlukan rangsang yang kuat lagi untuk menarik perhatian
- ❖ Sopor: ingatan, orientasi dan pertimbangan sudah hilang
- ❖ Subkoma dan koma: tidak ada respon terhadap rangsang yang keras

➤ Kualitatif

- a. Tidak berubah:Mampu mengadakan hubungan dan pembatasan dengan lingkungannya dan dirinya (sesuai dengan kenyataan)
- b. Berubah:Tidak mampu mengadakan hubungan dan pembatasan dengan lingkungannya dan dirinya pada taraf tidak sesuai dengan kenyataan
- c. Gangguan tidur:Dapat berupa insomnia, somnambulisme, nightmare, narkolepsi
- d. meninggi:Keadaan dengan respon yang meninggi terhadap rangsang seperti suara terasa lebih keras, warna terlihat lebih terang dll
- e. Hipnosa:Kesadaran yang sengaja diubah menurun/menyempit
- f. Disosiasi: Tingkah laku/kejadian yang memisahkan dirinya secara psikologik dengan kesadarannya contoh : trans, fugue dll

**3. Orientasi waktu, tempat dan orang jelas**

Jelaskan data objektif dan subjektif terkait hal-hal diatas. Diagnosa Keperawatan sesuai dengan data

#### 4. Aktivitas Motorik

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat / keluarga

##### Kelambatan

- a. Hipokinesia, hipoaktivitas: gerakan atau aktivitas yang berkurang
- b. Sub stupor katatonik: reaksi terhadap lingkungan sangat berkurang gerakan dan aktivitas menjadi lambat
- c. Katalepsi: mempertahankan secara kaku posisi badan tertentu juga bila hendak diubah orang lain
- d. Flexibilitas cerea: mempertahankan posisi yang dibuat orang lain

##### Peningkatan

- a. Hiperkinesia, hiperaktivitas: gerakan atau aktivitas yang berlebihan
- b. Gaduh gelisah katatonik: aktivitas motorik yang tidak bertujuan yang berkali-kali seakan tidak dipengaruhi rangsang luar
- c. Tik: gerakan involunter sekejap dan berkali-kali mengenai sekelompok otot yang relatif kecil
- d. Grimase: gerakan otot muka yang berubah-ubah yang tidak dapat dikontrol
- e. Tremor: jari-jari yang tampak gemetar ketika klien menjujurkan tangan
- f. Kompulsif: kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, seperti berulang kali mencuci tangan, mencuci muka, mandi, mengeringkan tangan
- g. Mannerism: pergerakan yang stereotipe dan testris (seperti bermain sandiwara)
- h. Ekhopraksia: meniru gerakan orang lain pada saat dilihatnya.
- i. Verbegerasi: berkali-kali mengucapkan sebuah kata yang tidak tercantum

Jelaskan aktivitas yang ditampilkan klien dan kondisi lain yang tidak tercantum  
Diagnosa Keperawatan ditulis sesuai dengan data

#### 5. Afek-emosi

Data ini didapatkan melalui hasil observasi perawat / keluarga

- a. Adekuat: afek emosi yang sesuai dengan stimulus yang ada
- b. Inadekuat: emosi yang tidak sesuai atau bertentangan dengan stimulus yang ada
- c. Datar/dangkal: tidak ada perubahan rona muka pada saat ada stimulus yang menyenangkan atau menyedihkan
- d. Tumpul: hanya bereaksi bila ada stimulus emosi yang kuat
- e. Labil: emosi yang cepat berubah-ubah
- f. Anhedonia: ketidak mampuan merasakan kesenangan
- g. Kesepian: merasa dirinya ditinggalkan
- h. Euforia: rasa gembira yang berlebihan
- i. Ambivalensi: afek emosi yang berlawanan timbul bersama-sama terhadap seseorang, obyek atau sesuatu hal.
- j. Apati: berkurangnya afek emosi terhadap sesuatu atau semua hal disertai rasa terpicil dan tidak peduli
- k. Marah: sudah jelas
- l. Depresif/sedih: seperti perasaan susah, tak berguna, gagal, putus asa dsb
- m. Cemas: perasaan khawatir yang tidak jelas obyeknya, sebutkan tingkatnya

Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.  
Diagnosa Keperawatan ditulis sesuai dengan data



## 6. Persepsi

- Apakah ada halusinasi ? kalau ada termasuk jenis apa ?
- Apakah ada ilusi ? kalau ada deskripsikan
  - Jenis-jenis halusinasi sudah jelas
  - Jelaskan isi halusinasi, frekuensi gejala yang tampak pada saat klien berhalusinasi
  - Diagnosa Keperawatan sesuai dengan data
- Apakah ada depersonalisasi: perasaan aneh tentang dirinya atau perasaan bahwa pribadinya tidak seperti biasanya, tidak menurut kenyataan.
- Derealisasi: perasaan aneh tentang lingkungannya dan tidak menurut kenyataan

Jelaskan hal-hal yang tidak tercantum.

Diagnosa Keperawatan ditulis sesuai dengan data

## 7. Proses pikir

Data diperoleh dari observasi pada saat wawancara

### 7.1 Arus pikir

- Koheren: kalimat / pembicaraan dapat dipahami dengan baik
- Inkoheren: kalimat tidak terbentuk, pembicaraan sulit dipahami
- Sirkumstansial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi sampai pada tujuan pembicaraan
- Tangensial: pembicaraan yang berbelit-belit tapi tidak sampai pada tujuan
- Asosiasi longgar: pembicaraan tak ada hubungan antara satu kalimat dengan kalimat lainnya, dan klien tidak menyadarinya
- Flight of Ideas: pembicaraan yang melompat dari satu topik ke topik lainnya masih ada hubungan yang tidak logis dan tidak sampai pada tujuan
- Bloking: pembicaraan terhenti tiba-tiba tanpa gangguan eksternal kemudian dilanjutkan kembali
- Perseverasi: berulang-ulang menceritakan sesuatu ide, tema secara berlebihan
- Logorea: pembicaraan cepat tidak terkontrol
- Neologisme: membentuk kata-kata baru yang tidak dipahami oleh umum
- Irelevansi: ucapan yang tidak ada hubungannya dengan pertanyaan atau dengan hal yang sedang dibicarakan
- Assosiasi bunyi: mengucapkan perkataan yang mempunyai persamaan bunyi
- Main kata-kata: membuat sajak secara tidak wajar
- Afasi: bisa sensorik (tidak mengerti pembicaraan orang lain), motorik (tidak bisa atau sukar berbicara)

Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.

Diagnosa Keperawatan sesuai dengan data

### 7.2 Isi pikir

Data didapatkan melalui wawancara

- Obsesi: pikiran yang selalu muncul meski klien berusaha menghilangkannya
- Phobia: ketakutan yang patologis / tidak logis terhadap obyek / situasi tertentu
- Ekstasi: kegembiraan yang luar biasa

- d. Fantasi: isi pikiran tentang sesuatu keadaan atau kejadian yang diinginkan
- e. Bunuh diri: ide bunuh diri
- f. Ideas of reference: pembicaraan orang lain, benda-benda atau sesuatu kejadian yang dihubungkan dengan dirinya.
- g. Pikiran Magis: keyakinan klien tentang kemampuannya melakukan hal-hal yang mustahil / diluar kemampuannya
- h. Preokupasi: pikiran yang terpaku pada satu ide
- i. Alienasi: perasaan bahwa dirinya sudah menjadi lain, berbeda, asing
- j. Rendah diri: merendahkan atau menghina diri sendiri, menyalahkan diri sendiri tentang suatu hal yang pernah atau tidak pernah dilakukan
- k. Pesimisme: mempunyai pandangan yang suram mengenai banyak hal dalam hidupnya
- l. Waham
  - 1. Agama: Keyakinan terhadap suatu agama secara berlebihan dan diucapkan secara berulang tetapi tidak sesuai dengan kenyataan
  - 2. Somatik/hipokondrik: Klien mempunyai keyakinan tentang tubuhnya dan dikatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan
  - 3. Kebesran: Klien mempunyai keyakinan yang berlebihan terhadap kemampuannya yang disampaikan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan
  - 4. Curiga: Klien mempunyai keyakinan bahwa ada seseorang atau kelompok yang berusaha merugikan atau mencederai dirinya yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
  - 5. Nihilistik: Klien yakin bahwa dirinya sudah tidak ada di dunia / meninggal yang dinyatakan secara berulang yang tidak sesuai dengan kenyataan
  - 6. Kejaran: Yakin bahwa ada orang / kelompok yang mengganggu, dimata-matai atau kejelekan sedang dibicarakan orang banyak
  - 7. Dosa: Keyakinan bahwa ia telah berbuat dosa atau kesalahan yang besar yang tidakbisa diampuni

#### **Waham bizar**

- 1. Sisip pikir: Klien yakin ada ide pikiran orang lain yang disisipkan di dalam pikiran yang disampaikan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
- 2. Siar pikir: Klien yakin bahwa orang lain mengetahui apa yang dia pikirkan walaupun dia tidak menyatakan kepada orang tersebut yang dinyatakan secara berulang dan tidak sesuai dengan kenyataan
- 3. Kontrol pikir: Klien yakin pikirannya dikontrol oleh kekuatan dari luar

Jelaskan apa yang dikatakan oleh klien pada saat wawancara.  
Diagnosa Keperawatan sesuai dengan data

### **7.3 Bentuk pikir**

- a. Realistik: cara berpikir sesuai kenyataan / realita yang ada
- b. Nonrealistik: cara berpikir yang tidak sesuai dengan kenyataan
- c. Autistik: cara berpikir berdasarkan lamunan/ fantasi/ halusinasi/ wahamnya sendiri
- d. Dereistik: cara berpikir dimana proses mentalnya tidak ada sangkut pautnya dengan kenyataan, logika, atau pengalaman.

## 8. Memori

Data diperoleh melalui wawancara

- Gangguan daya ingat jangka panjang: Tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi lebih dari satu bulan
- Gangguan daya ingat jangka pendek: Tidak dapat mengingat kejadian yang terjadi dalam minggu terakhir
- Gangguan daya ingat saat ini: Tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi
- Amnesia: Sebutkan macamnya Amnesia retrograde / anterograde
- Paramnesia: Ingatan yang keliru karena distorsi pemanggilan kembali contoh:
  - Dejavu: Seperti sudah pernah melihat sesuatu tetapi sebenarnya belum
  - Jamais vu: Seperti belum pernah melihat sesuatu tetapi sebenarnya sudah
  - Konfabulasi: Secara tidak sadar mengisi lubang-lubang dalam ingatannya dengan cerita yang tidak sesuai dengan kenyataan
  - Fasce reconnaissance: Pengelatan kembali yang keliru, merasa bahwa itu benar tetapi sesungguhnya tidak benar
- Hipermnesia: Penahanan dalam ingatan dan pemanggilan kembali yang berlebihan

Jelaskan sesuai dengan data terkait.

Diagnosa Keperawatan sesuai dengan data

## 9. Tingkat konsentrasi dan berhitung

Data diperoleh melalui wawancara

- Mudah dialihkan: Perhatian klien mudah berganti dari satu obyek ke obyek lain
- Tidak mampu berkonsentrasi: Klien selalu minta agar pertanyaan diulang / tidak dapat menjelaskan kembali pembicaraan
- Tidak mampu berhitung: Tidak dapat melakukan penambahan/ pengurangan pada benda-benda nyata

Jelaskan sesuai dengan data terkait.

Diagnosa Keperawatan sesuai dengan data

## 10. Kemampuan penilaian

- Gangguan kemampuan penilaian ringan: Dapat mengambil keputusan yang sederhana dengan bantuan orang lain. *Contoh* : berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum makan atau makan dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan, klien dapat mengambil keputusan
- Gangguan kemampuan penilaian bermakna: Tidak mampu mengambil keputusan walaupun dibantu orang lain. *Contoh* : berikan kesempatan pada klien untuk memilih mandi dulu sebelum mandi. Jika diberi penjelasan klien masih tidak mampu mengambil keputusan

Jelaskan sesuai dengan data terkait.

Diagnosa Keperawatan sesuai dengan data

## 11. Daya Tilik Diri / insight

Data diperoleh dari wawancara

- Mengingkari penyakit yang diderita: Tidak menyadari gejala penyakit (perubahan fisik, emosi) pada dirinya dan merasa tidak perlu pertolongan

- b. Menyalahkan hal-hal diluar dirinya: Menyalahkan orang lain / lingkungan yang menyebabkan kondisi saat ini

Jelaskan sesuai dengan data terkait

Diagnosa Keperawatan sesuai dengan data

#### **12. Interaksi selama wawancara**

Data ini didapatkan melalui hasil wawancara dan observasi perawat/ keluarga

- a. Bermusuhan, tidak kooperatif, mudah tersinggung sudah jelas
- b. Kontak mata kurang: tidak mau menatap lawan bicara
- c. Defensif: selalu berusaha mempertahankan pendapat dan kebenaran dirinya
- d. Curiga: menunjukkan sikap/perasaan tidak percaya pada orang lain

Jelaskan sesuai dengan data terkait

Diagnosa Keperawatan sesuai dengan data

### **VI. FISIK**

Pengkajian fisik difokuskan pada sistem fungsi organ :

1. Ukur dan observasi tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan klien
2. Ukur tinggi badan dan berat badan klien
3. Tanyakan apakah, berat badan naik atau turun dan beri tanda 3 sesuai hasil
4. Tanyakan kepada klien / keluarga, apakah ada keluhan fisik yang dirasakan oleh klien, bila ada beri tanda 3 di kotak ya dan bila tidak beri tanda 3 pada kotak tidak
5. Kaji/lakukan pemeriksaan fisik lebih lanjut sistem dan fungsi organ dan jelaskan sesuai dengan keluhan yang ada
6. Diagnosa Keperawatan ditulis sesuai dengan data yang ada

### **VII. PSIKOSOSIAL**

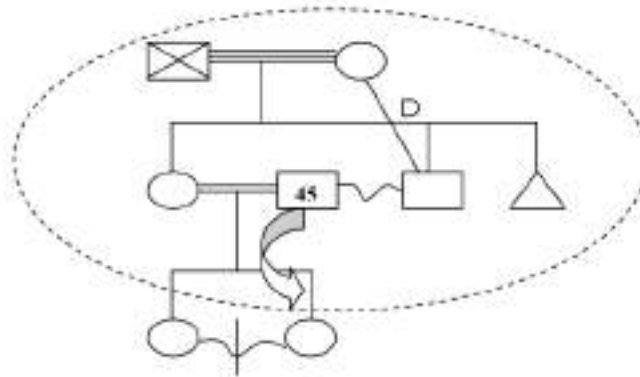
#### **1. Konsep diri**

- a. Citra tubuh :
  - Tanyakan persepsi klien terhadap tubuhnya
  - bagian tubuh yang disukai dan tidak disukai
- b. Identitas diri, tanyakan tentang :
  - Status dan posisi klien sebelum dirawat
  - Kepuasan klien terhadap status dan posisinya (sekolah, tempat kerja, kelompok)
  - Kepuasan klien sebagai laki-laki / perempuan
- c. Peran : Tanyakan,
  - Tugas / peran yang diemban dalam keluarga / kelompok / masyarakat
  - Kemampuan klien dalam melaksanakan tugas / peran tersebut
- d. Ideal diri : Tanyakan,
  - Harapan terhadap tubuh, posisi, status, tugas / peran
  - Harapan klien terhadap lingkungan (keluarga, sekolah, tempat kerja, masyarakat)
  - Harapan klien terhadap penyakitnya
- e. Harga diri : Tanyakan,
  - Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi no.2a, b, c, d
  - Penilaian / penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya
- f. Diagnosa Keperawatan ditulis sesuai dengan data



## 2. Genogram

- a. Buatlah genogram minimal tiga generasi yang dapat menggambarkan hubungan klien dan keluarga, *contoh* :



- : Perempuan  
 □ : Laki-laki  
 □ : stillbirth/ aborsi  
 // : cerai  
 ⊗ : meninggal  
 ⊕ : dekat  
 ○ : orang tinggal serumah  
 — : perkawinan  
 — : distant/ berjarak  
 → : klien  
 proyeksi  
 45 : umur  
 off/ menghindar

- ⋈ : pisah  
 △ :  
 ~ : konflik  
 === : sangat  
 == : dekat  
 D :  
 ↻ :  
 ✂ : cut

- b. Jelaskan masalah yang terkait dengan komunikasi, pengambilan keputusan dan pola asuh  
 c. Diagnosa Keperawatan ditulis sesuai dengan data

## 3. Hubungan sosial

- a. Tanyakan pada klien siapa orang terdekat dalam kehidupannya, tempat mengadu, tempat bicara, minta bantuan atau sokongan  
 b. Tanyakan pada klien kelompok apa saja yang diikuti dalam masyarakat  
 c. Tanyakan pada klien sejauh mana ia terlibat dalam kelompok di masyarakat  
 d. Diagnosa Keperawatan ditulis sesuai dengan data.

4. **Spiritual**

- a. Nilai dan keyakinan: Tanyakan tentang,
  - ❖ Pandangan dan keyakinan, terhadap gangguan jiwa sesuai dengan norma budaya dan agama yang dianut
  - ❖ Pandangan masyarakat setempat tentang gangguan jiwa
- b. Kegiatan ibadah : Tanyakan,
  - ❖ Kegiatan ibadah di rumah secara individu dan kelompok
  - ❖ Pendapat klien/keluarga tentang kegiatan ibadah
- c. Diagnosa Keperawatan ditulis sesuai dengan data

**VIII. AKTIFITAS SEHARI-HARI (ADL)**

- 1. Makan
  - a. Observasi dan tanyakan tentang : frekuensi, jumlah, variasi, macam (suka / tidak suka / pantang) dan cara makan
  - b. Observasi kemampuan klien dalam menyiapkan dan membersihkan alat makan
- 2. BAB/BAK
  - a. Observasi kemampuan klien untuk BAB/BAK
    - ❖ Pergi, menggunakan dan membersihkan WC
    - ❖ Membersihkan diri dan merapikan pakaian
- 3. Mandi
  - a. Observasi dan tanyakan tentang frekuensi, cara mandi, menyikat gigi, cuci rambut, gunting kuku, cukur (kumis, jenggot dan rambut)
  - b. Observasi kebersihan tubuh dan bau badan
- 4. Berpakaian
  - a. Observasi kemampuan klien dalam mengambil, memilih dan mengenakan pakaian dan alas kaki
  - b. Observasi penampilan dandanan klien
  - c. Tanyakan dan observasi frekuensi ganti pakaian
  - d. Nilai kemampuan yang harus dimiliki klien : mengambil, memilih dan mengenakan pakaian
- 5. Istirahat dan Tidur
  - a. Observasi dan tanyakan tentang :
    - ❖ Lama dan waktu tidur siang / malam
    - ❖ Persiapan sebelum tidur seperti : menyikat gigi, cuci kaki dan berdoa
    - ❖ Aktivitas sesudah tidur seperti : merapikan tempat tidur, mandi / cuci muka dan menyikat gigi
- 6. Penggunaan Obat
  - a. Observasi dan tanyakan kepada klien dan keluarga tentang :
    - ❖ Penggunaan obat : frekuensi, jenis, dosis, waktu dan cara pemberian
    - ❖ Reaksi obat
- 7. Pemeliharaan Kesehatan
  - a. Tanyakan kepada klien dan keluarga tentang :
    - ❖ Apa, bagaimana, kapan dan kemana perawat lanjut
    - ❖ Siapa saja sistem pendukung yang dimiliki (keluarga, teman, institusi dan lembaga pelayanan kesehatan) dan cara penggunaannya
- 8. Aktivitas di Dalam Rumah
  - a. Tanyakan kemampuan klien dalam :
    - ❖ Merencanakan, mengolah dan menyajikan makanan
    - ❖ Merapikan rumah (kamar tidur, dapur, menyapu, mengepel)
    - ❖ Mencuci pakaian sendiri
    - ❖ Mengatur kebutuhan biaya sehari-hari

9. Aktivitas di luar Rumah

a. Tanyakan kemampuan klien

- ❖ Belanja untuk keperluan sehari-hari
- ❖ Dalam melakukan perjalanan mandiri dengan berjalan kaki, menggunakan kendaraan pribadi, kendaraan umum
- ❖ Aktivitas lain yang dilakukan di luar rumah (bayar listrik/telepon/air, kantor pos dan bank)

Jelaskan data terkait

Diagnosa Keperawatan ditulis sesuai data

**IX. MEKANISME KOPING**

Data didapat melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Beri tanda 3 pada kotak koping yang dimiliki klien, baik adaptif maupun maladaptif.

**X. MASALAH-MASALAH PSIKOSOSIAL DAN LINGKUNGAN**

Data didapat melalui wawancara pada klien atau keluarganya. Pada tiap masalah yang dimiliki klien beri uraian spesifik, singkat dan jelas.

**XI. PENGETAHUAN**

Data didapatkan melalui wawancara pada klien . Pada tiap item yang dimiliki oleh klien simpulkan dalam masalah.

**XII. ASPEK MEDIK**

Tuliskan diagnosa medik klien yang telah dirumuskan oleh dokter yang merawat. Tuliskan obat-obatan klien saat ini, baik obat fisik, psikofarmaka dan terapi lain.

**XIII. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Tuliskan semua masalah disertai data pendukung, yaitu subyektif dan data objektif
2. Buat pohon masalah dari data yang telah dirumuskan

**XIV. ANALISA DATA**

Tulis dan kelompokkan data subyektif dan obyektif serta masalah apa yang timbul

**XV. POHON MASALAH**

**XVI. DAFTAR DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Rumuskan diagnosis dengan rumusan P (permasalahan) dan E (Etiologi) berdasarkan pohon masalah.

Urutkan diagnosis sesuai dengan prioritas.

Pada akhir pengkajian, tulis tempat dan tanggal pengkajian serta tanda tangan dan nama jelas mahasiswa.

**ANALISA PROSES INTERAKSI**

Pencatatan dan pelaporan merupakan alat komunikasi antar tim keperawatan dan tim kesehatan. Aspek yang penting dicatat dan dilaporkan dalam keperawatan kesehatan jiwa adalah pola perilaku dan hubungan interpersonal perawat-klien. Catatan harus mencakup contoh bukan hanya interpretasi. Ada tiga macam catatan yaitu catatan perkembangan (proses keperawatan), hubungan perawat-klien dan resume. Catatan hubungan perawat-klien adalah resume interaksi yang terjadi selama perawat berhubungan individual klien, kelompok klien, pada terapi modalitas keperawatan.

Catatan hubungan perawat-klien secara verbal dapat berupa:

- ❖ Video-tape, tape-recording
- ❖ Catatan secara garis besar
- ❖ Catatan interaksi

Analisa Proses Interaksi (API) merupakan alat kerja yang dipakai perawat (mahasiswa) untuk memahami interaksi yang terjadi antara perawat dan klien.

Tujuan API adalah:

1. Meningkatkan kemampuan mendengar
2. Meningkatkan kemampuan berkomunikasi
3. Memberi dasar belajar, artinya berupa alat untuk mengkaji kemampuan perawat/ mahasiswa dalam berinteraksi dengan klien, dan data bagi CI/ supervisor/ pembimbing untuk memberi arahan.
4. Meningkatkan kepekaan perawat terhadap kebutuhan klien, serta mempermudah perkembangan dan perubahan pendekatan perawat
5. Membantu perawat merencanakan tindakan keperawatan

Dalam API seyogyanya terdiri dari:

1. Komunikasi verbal dan non verbal perawat dan klien
2. Analisa dan identifikasi perasaan perawat serta kemungkinan komunikasi yang dapat dilakukan perawat
3. Analisa dan identifikasi persepsi perawat terhadap emosi dan komunikasi klien
4. Kesan atau evaluasi terhadap efektifitas dari komunikasi berdasarkan data 1 sampai dengan 4
5. Rencana lanjutan tindakan keperawatan

Petunjuk pengisian:

1. Initial klien: tulis initial bukan nama lengkap
2. Status interaksi: pertemuan ke berapa dan fase hubungan
3. Lingkungan:
  - ❖ Tempat interaksi
  - ❖ Situasi tempat interaksi
  - ❖ Posisi mahasiswa dan klien
4. Deskripsi klien: penampilan umum klien
5. Tujuan:
  - ❖ Tujuan yang akan dicapai dalam interaksi selama 20-30 menit
  - ❖ Tujuan ini berpusat pada klien
  - ❖ Tujuan terkait dengan proses keperawatan klien
6. Komunikasi verbal: ucapan verbal perawat dan klien
7. Komunikasi non verbal: non verbal klien dan perawat pada saat bicara atau saat mendengarkan
8. Analisa berpusat pada perawat:  
Pusatkan analisa proses yang berhubungan dengan komponen sebagai berikut:
  - a. Perasaan sendiri  
Perawat waspada tentang respon perasaan sendiri dan menunjukkan peningkatan kemampuan untuk menjelaskan riwayat/ latar belakang arus dan analisa, apa dan mengapa perasaan itu muncul. Bagaimana perasaan perawat dipengaruhi oleh klien.
  - b. Tingkah laku non verbal  
Cari/ kenali, diskusikan dan analisa tingkah laku non verbal diri sendiri
  - c. Isi pembicaraan yang muncul dan terselubung  
cari/ kenali, bedakan dan diskusikan teknik komunikasi yang digunakan.



- d. Tujuan interaksi
  - Perawat berperan sebagai apa? Dan pasien sebagai apa?
  - Apa anggapan perawat tentang kejadian yang telah terjadi?
  - Bagaimana seharusnya mereka berinteraksi?
  - Bagaimana pengaruh proses interaksi pada mereka?
  - Apakah mereka perlu berubah? Dan jika perlu berubah, mengapa?
  - Apakah interaksi ini mempengaruhi tujuan dan rencana interaksi yang akan datang?
  - Berdasarkan tujuan anda saat ini, bagaimana anda mengkaji interaksi ini?
- e. Mengubah intervensi
9. Analisa berpusat pada klien
 

Pusatkan analisa proses interaksi pada komponen sebagai berikut:

  - a. Tingkah laku non verbal
    - Cari/ kenali, diskusikan dan analisa tingkah laku non verbal klien
  - b. Isi pembicaraan yang muncul dan terselubung (latent)
    - Cari/ kenali, bedakan dan diskusikan
  - c. Perasaan klien
    - Temukan/ cari arti tingkah laku klien
    - Identifikasi dan diskusikan keadaan perasaan klien
    - Bagaimana perasaan klien dipengaruhi oleh perawat?
  - d. Kebutuhan klien
    - Cari kebutuhan klien dengan menggunakan data dari interaksi yang baru terjadi, interaksi sebelumnya, riwayat klien dan teori
10. Alasan teoritis (rasional)
 

Sintesa dan terapan teori pada proses interpersonal: berikan alasan teoritis intervensi anda atau intervensi lain dan tunjukkan peningkatan kemampuan dalam mendiskusikan tingkah laku klien dalam rangka teori psikodinamika, teori adaptasi, setiap sumber-sumber teori lainnya yang dikenal.

Anda diharapkan menggunakan teori komunikasi, teori komunikasi terapeutik, teori interpersonal, dan setiap pelajaran dasar ilmu pengetahuan tingkah laku yang diperoleh.

Disamping itu juga digunakan teori perawatan psikiatri yang didapat dari bacaan dan kuliah di kelas.

## RINGKASAN

Metode pemberian asuhan keperawatan yang terorganisir dan sistemik, berfokus pada respon yang unik dari individu atau kelompok individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial (Kozier *et al*, 1997). Standar praktek profesional tersebut juga mengacu pada proses keperawatan jiwa terdiri dari lima tahap standar yaitu: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis, 3) Perencanaan, 4) Pelaksanaan (Implementasi), dan 5) Evaluasi (PPNI, 2009). *Patient care delivery system* yang diterapkan di MPKP adalah asuhan keperawatan dengan menerapkan proses keperawatan. Berdasarkan survey masalah yang dilakukan di beberapa rumah sakit jiwa ditemukan ada 7 masalah keperawatan utama pasien yang dirawat meliputi: 1) Risiko perilaku kekerasan, 2) Gangguan sensori persepsi: halusinasi, 3) Isolasi sosial, 4) Gangguan proses pikir: waham, 5) Risiko bunuh diri, 6) Defisit perawatan diri, dan 7) Gangguan konsep diri: harga diri rendah (Keliat, BA dan Akemat, 2009).

Data yang dikumpulkan pada saat melakukan pengkajian proses keperawatan jiwa: biologis, psikologis, sosial, dan spiritual. Pengelompokan data: faktor predisposisi, faktor presipitasi, penilaian terhadap stressor, sumber coping, dan kemampuan coping yang dimiliki. Dimensi pengkajian: fisik, emosional, intelektual, sosial, spiritual, dan kultural (Yosef, Iyus., 2007). Keperawatan jiwa menggunakan *diagnostic label* mengacu pada pengelompokan diagnosa keperawatan. Terminologi diagnosis adalah; 1) **Diagnosis**, fase kedua dalam proses keperawatan dan merupakan proses yang digunakan untuk menginterpretasikan data untuk membuat kesimpulan dan membuat *Nursing Diagnosis*. 2) **Nursing diagnosis** adalah merupakan kesimpulan dari status kesehatan pasien dan merupakan produk dari aktifitas diagnosis. 3) **Diagnosis Label** merupakan daftar standart penulisan nursing diagnosis. Umumnya perawat menggunakan NANDA-I sebagai diagnosis Label, tetapi ada juga diagnosis Label yang dibuat oleh Gordon atau ICNP. Rencana tindakan keperawatan membagi karakteristik tindakan berupa: konseling/psikoterapeutik, pendidikan kesehatan, perawatan mandiri dan ADL, terapi modalitas keperawatan, perawatan berkelanjutan, kolaborasi terapi somatis dan psiko-farmaka (Stuart, GW dan Sundeen, S.J, 2006). Merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien. Dilakukan terus menerus pada respon klien. Selalu melibatkan klien dan keluarga agar dapat melihat perubahan dan berupaya mempertahankan dan memelihara. Diperlukan reinforcement untuk menguatkan perubahan yang positif (Stuart, GW dan Sundeen, S.J, 2006).

#### SOAL LATIHAN

1. Dalam tahap pengkajian awal klien dengan gangguan jiwa unsur-unsur yang perlu dikaji antara lain, kecuali...
  - a. Data demografi
  - b. Factor predisposisi
  - c. Faktor presipitasi
  - d. respon umum klien
  - e. Mekanisme coping
2. Serangkaian tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah klien adalah...
  - a. Pengkajian
  - b. Diagnosa keperawatan
  - c. Perencanaan
  - d. Implementasi
  - e. Evaluasi
3. Berinteraksi sampai klien memiliki coping yang konstruktif untuk menyelesaikan masalah dan menggunakan strategi pelaksanaan tindakan adalah aktivitas perawat dalam tahap...
  - a. Pengkajian
  - b. Diagnose keperawatan
  - c. Perencanaan
  - d. Implementasi
  - e. Evaluasi
4. Aktivitas perawat yang meliputi menetapkan masalah utama, penyebab, dan akibat adalah aktivitas perawat dalam menyusun...
  - a. Prioritas masalah
  - b. Diagnosa keperawatan
  - c. Intervensi keperawatan
  - d. Pohon masalah
  - e. Catatan perkembangan

5. Observasi respon obyektif dan subyektif terhadap tindakan keperawatan yang sedang atau telah dilaksanakan adalah aktivitas perawat dalam tahap...
  - a. Pengkajian
  - b. Diagnosa keperawatan
  - c. Perencanaan
  - d. Implementasi
  - e. Evaluasi
6. Dibawah ini merupakan cara memprioritaskan masalah keperawatan pada daftar masalah keperawatan...
  - a. (1) Keluhan Utama, (2) mengancam kehidupan, (3) akibat dari masalah, (4) sebab dari masalah, (5) berfokus pada kebutuhan klien
  - b. (1)Mengancam kehidupan, (2) keluhan Utama, (3) akibat dari masalah, (4) sebab dari masalah, (5) berfokus pada kebutuhan klien
  - c. (1)Mengancam kehidupan, (2) keluhan Utama, (3) berfokus pada kebutuhan klien, (4) sebab dari masalah, (5) akibat dari masalah
  - d. (1)Mengancam kehidupan, (2) keluhan Utama, (3) sebab dari masalah, (4) akibat dari masalah, (5) berfokus pada kebutuhan klien
  - e. (1)Mengancam kehidupan, (2) berfokus pada kebutuhan klien, (3) keluhan Utama, (4) sebab dari masalah, (5) akibat dari masalah
7. Dasar yang dipakai dalam menetapkan core problem (masalah utama) antara lain...
  1. Masalah actual
  2. Masalah paling membahayakan
  3. Keluhan utama/alasan masuk
  4. Masalah paling dominan
8. Berdasarkan NANDA 2005-2006 pernyataan tunggal diagnosa keperawatan yang benar adalah...
  1. Gangguan proses pikir: waham
  2. Kerusakan interaksi social
  3. Gangguan sensori persepsi ; halusinasi
  4. Isolasi sosial ; menarik diri
9. Dokumentasi evaluasi dalam proses keperawatan jiwa menggunakan format...
  - a. SO + API
  - b. SOAP + API
  - c. SOAP
  - d. SOAPIE
  - e. SOAPIER
10. Dalam tahap evaluasi kegiatan menilai respon subyektif dan obyektif terhadap tindakan keperawatan adalah...
  - a. Evaluasi subyektif (S)
  - b. Evaluasi Obyektif (O)
  - c. Analisa (A)
  - d. Planning (P)
  - e. API
11. Dalam strategi pelaksanaan tindakan keperawatan element kontrak dengan klien terdapat dalam fase...
  1. Pra orientasi
  2. Orientasi
  3. Kerja
  4. Terminasi
12. Berikut merupakan tujuan analisa proses interaksi...
  - a. Meningkatkan kepekaan perawat
  - b. Meningkatkan kemampuan berkomunikasi
  - c. Membantu perawat dalam penerapan proses keperawatan
  - d. Mempermudah pendekatan perawat ke tenaga kesehatan yang lain

## DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L.J., 1998. *Buku Saku Diagnosa keperawatan (terjemahan)*, Edisi 8, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Carpenito, L.J., 2008. *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*, Mosby St Louis.
- Depkes RI, 1989. *Petunjuk Teknik Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Skizofrenia*, Direktorat Kesehatan Jiwa, Jakarta.
- Depkes RI, 1996. *Direktorat Jendral Pelayanan Medik Direktorat Pelayanan Keperawatan, 2000, Keperawatan Jiwa Teori dan Tindakan*, Jakarta.
- Depkes RI, 1996. *Proses Keperawatan Jiwa, jilid 1*. Direktorat Kesehatan Jiwa, Jakarta.
- Iyer, P.W., et al., 1996. *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Keliat B.A., dkk, 1998, *Pusat Keperawatan Kesehatan Jiwa*, penerbit buku kedokteran EGC Jakarta.
- Keliat, B.A., dan Akemat. 2009. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Penerbit EGC, Jakarta.
- Keliat, B.A., 1999. *Proses keperawatan kesehatan jiwa*. Penerbit; EGC, Jakarta.
- Kozier, et al., 1997. *Fundamental Of Nursing*. Addison-Wesley Publishing Company, Health Science Division, California.
- Kozier, et al., 1998. *Techniques In Clinical Nursing*. Addison-Wesley Publishing Company, Health Science Division, California.
- Nursalam, 2003. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktek*, Salemba Medika, Jakarta.
- Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia III (PPDGJ III), Departemen Kesehatan RI., 1993. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Jakarta.
- PPNI, 2009. *Standar Praktek Keperawatan*, PPNI, Jakarta.
- Stuart, G.W., dan Sundeen, S.J, 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, edisi 5, Penerbit : Buku Kedokteran EGC , Jakarta.
- Townsend, M.C., 1998. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri (terjemahan)*. Edisi 3, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Yosef, Iyus., 2007. *Keperawatan Jiwa*. Penerbit PT Refika Aditama, Bandung.



## BAB 2

### ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa KONSEP DIRI

<b>STANDAR KOMPETENSI</b>	: Mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa konsep diri yang sesuai dengan konsep dasar pada konsep diri meliputi: definisi, dimensi, perkembangan, faktor-faktor yang mempengaruhi, rentang respon, penyebab, pembagian atau jenis, gangguan-gangguan, faktor resiko penyimpangan konsep diri, dan asuhan keperawatan jiwa konsep diri yang terdiri dari 5 tahap proses asuhan keperawatan.
<b>KOMPETENSI DASAR</b>	: Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Konsep Diri.
<b>INDIKATOR</b>	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa dapat menyebutkan definisi konsep diri (C1, A1)</li> <li>2. Mahasiswa dapat menyebutkan dimensi konsep diri (C1, A1)</li> <li>3. Mahasiswa dapat menyebutkan perkembangan konsep diri (C1, A1)</li> <li>4. Mahasiswa dapat menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi konsep diri (C1, A1)</li> <li>5. Mahasiswa dapat menyebutkan penyebab konsep diri (C1, A1)</li> <li>6. Mahasiswa dapat menjelaskan rentang respon konsep diri (C2, A2)</li> <li>7. Mahasiswa dapat menjelaskan pembagian atau jenis-jenis konsep diri (C2, A2)</li> <li>8. Mahasiswa dapat menjelaskan masalah gangguan-gangguan konsep diri (C2, A2)</li> <li>9. Mahasiswa dapat menjelaskan faktor resiko penyimpangan konsep diri (C2, A2)</li> <li>10. Mahasiswa dapat menjelaskan asuhan keperawatan jiwa konsep diri yang sesuai dengan prinsip 5 tahap proses asuhan keperawatan: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (C2, A2)</li> </ol>
<b>MATERI POKOK</b>	: <b>ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa KONSEP DIRI</b>

## **BAB 2**

### **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA KONSEP DIRI**

#### **A. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN KONSEP DIRI**

Konsep dasar keperawatan jiwa pada konsep diri meliputi: definisi, dimensi, perkembangan, faktor-faktor yang mempengaruhi, penyebab, rentang respon, pembagian atau jenis, masalah gangguan, faktor-faktor resiko penyimpangan konsep diri.

##### **1. DEFINISI**

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart dan Sudeen, 1998). Hal ini termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungan, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek, tujuan serta keinginannya. Upaya memandang dirinya tersebut berbentuk penilaian subyektif individu terhadap dirinya; perasaan sadar/tidak sadar dan persepsi terhadap fungsi, peran dan tubuh. Pandangan atau penilaian terhadap diri meliputi: ketertarikan talenta dan ketrampilan, kemampuan, kepribadian-pembawaan, dan persepsi terhadap moral yang dimiliki.

Konsep diri adalah merefleksikan pengalaman interaksi sosial, sensasinya juga didasarkan bagaimana orang lain memandangnya. konsep diri sebagai cara memandang individu terhadap diri secara utuh baik fisik, emosi, intelektual, sosial & spiritual. Terdapat dua aspek besar dalam menjelaskan konsep diri, yaitu identitas dan evaluasi diri (Varcarolis, E.M., 2000). *Pertama*, konsep identitas, konsep ini terfokus pada makna yang dikandung diri sebagai suatu obyek, memberi struktur dan isi pada konsep diri, dan mengaitkan diri individu pada sistem sosial. Secara umum, identitas mengacu pada siapa atau apa dari seseorang, sekaligus mengacu pada berbagai makna yang diberikan pada seseorang oleh dirinya sendiri dan orang lain. *Kedua*, evaluasi diri (atau harga diri) dapat terjadi pada identitas-identitas tertentu yang dianut oleh individu, atau dapat juga terjadi pada evaluasi holistik tentang diri.

Dari pendapat tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa konsep diri yang mengandung unsur citra tubuh, peran, identitas pribadi dan ideal diri merupakan manifestasi dari bentuk identitas yang dipandang secara konferbensif untuk mendukung kepribadian. Secara umum, konsep diri dapat didefinisikan sebagai cara kita memandang diri kita secara utuh, meliputi: fisik, intelektual, kepercayaan, sosial, perilaku, emosi, spiritual, dan pendirian dalam percakapan sehari-hari, istilah konsep diri dirancukan dengan istilah lainnya. Ada yang menyebut konsep diri itu diri (*self-esteem*), ada yang menyebut nilai diri (*self-worth*), dan ada pula yang menyebut penerimaan diri (*self-acceptance*). Akan tetapi, ada pula yang membedakan istilah harga diri dengan konsep diri, dengan memandang konsep diri merupakan bagian dari harga diri dan harga diri merupakan konsep diri yang bersifat umum. Dengan konsep diri ini, kita bisa membayangkan bagaimana kita bercermin untuk mengetahui siapa sesungguhnya diri kita (Keliat, B.A, 1994).

Dengan demikian, konsep diri merupakan persepsi kita pada bagian-bagian tadi untuk dipadukan dan membentuk keseluruhan gambaran. Penting diingat, konsep diri ini bukan pandangan orang lain pada kita melainkan pandangan kita sendiri atas diri kita yang diukur dengan standart penilaian orang lain. Sedangkan William D. Brooks (dalam Keliat, B.A, 1994) menyebut konsep diri sebagai "persepsi-persepsi fisik, sosial, dan psikologis atas diri kita sendiri yang bersumber dari pengalaman dan interaksi kita dengan orang lain". Berdasarkan definisi tersebut, kita bisa menguraikannya sebagai berikut:

<b>Persepsi fisik</b>	yang berkaitan dengan bagaimana kita mempersepsi diri kita secara fisik	Apakah kita ini termasuk orang yang tampan/cantik, biasa-biasa saja atau jelek?  Apakah badan kita terlihat gagah atau tidak menarik?
<b>Persepsi sosial</b>	yang berkaitan dengan bagaimana pandangan orang lain tentang diri kita.	Apakah kita ini termasuk orang yang mudah bergaul, cenderung menyendiri, disukai orang lain atau orang yang ingin menang sendiri?
<b>Persepsi psikologis</b>	yang berkaitan dengan apa yang ada pada "dalam" diri kita.	Apakah saya ini orang yang keras pendirian atau keras kepala?



		Apakah saya termasuk orang yang berbahagia karena apa saya bahagia?
<b>Pengalaman</b>	yang terkait dengan sejarah hidup kita	Sejak mulai kita dilahirkan hingga usia saat ini tentu mengalami berbagai hal yang berpengaruh pada diri kita. Misalnya, kita menjadi keras kepala karena sering diperlakukan sebagai anak yang berada pada pihak yang kalah
<b>Interaksi dengan orang lain</b>	yang terkait bagaimana lingkungan pergaulan kita akhirnya membentuk persepsi kita atas diri sendiri	Apa yang dialami Sumadi di atas menunjukkan bagaimana interaksi dengan orang lain akhirnya membentuk persepsi psikologis bahwa dirinya termasuk orang yang tidak bisa bekerja. (Keliat, B.A, 1994)

Konsep diri dapat didefinisikan secara umum sebagai keyakinan, pandangan atau penilaian seseorang terhadap dirinya. Seseorang dikatakan mempunyai konsep diri negatif jika ia meyakini dan memandang bahwa dirinya lemah, tidak berdaya, tidak dapat berbuat apa-apa, tidak kompeten, gagal, tidak menarik, tidak disukai dan kehilangan daya tarik terhadap hidup. Orang dengan konsep diri negatif akan cenderung bersikap pesimistik terhadap kehidupan dan kesempatan yang dihadapinya. Ia tidak melihat tantangan sebagai kesempatan, namun lebih sebagai halangan. Orang dengan konsep diri negatif, akan mudah menyerah sebelum berperang dan jika gagal, akan ada dua pihak yang disalahkan, entah itu menyalahkan diri sendiri (secara negatif) atau menyalahkan orang lain. Sebaliknya seseorang dengan konsep diri yang positif akan terlihat lebih optimis, penuh percaya diri dan selalu bersikap positif terhadap segala sesuatu, juga terhadap kegagalan yang dialaminya. Kegagalan bukan dipandang sebagai kematian, namun lebih menjadikannya sebagai penemuan dan pelajaran berharga untuk melangkah ke depan. Orang dengan konsep diri yang positif akan mampu menghargai dirinya dan melihat hal-hal yang positif yang dapat dilakukan demi keberhasilan di masa yang akan datang.

Lebih lanjut dikatakan oleh Staines (dalam Stuart and Sunden, 1995) konsep diri memiliki beberapa komponen utama, yaitu:

- a) Diri yang dikognisikan atau diri yang dasar, yaitu pandangan yang digambarkan oleh individu tentang diri sendiri; pemikiran atau persepsi individu mengenai kemampuan, status, dan peranan individu dalam berhubungan dengan dunia luar.
- b) Diri yang lain atau diri sosial, pandangan atau penilaian tentang diri sendiri yang didasarkan pada penilaian orang-orang yang dihormati atau lingkungan sekitar yang memiliki pengaruh besar terhadap diri individu yang diperoleh melalui interaksi sosial individu dengan orang lain.
- c) Diri yang ideal, seperangkat interpretasi individu saat sedang mengungkapkan keinginan atau aspirasi yang bersifat pribadi, sebagian besar berupa keinginan dan sebagian lagi merupakan keharusan-keharusan, atau yang disebut sebagai perangkat ambisi-ambisi yang mengarah pada suatu yaitu gambaran diri yang ideal dan dipahami oleh individu sebagai dirinya sendiri.

## 2. DIMENSI KONSEP DIRI

Berdasarkan pandangan-pandangan di atas, maka dapat dikatakan bahwa dalam proses terbentuknya konsep diri seseorang, evaluasi dan penilaian orang lain sangat mempengaruhi terbentuknya pandangan atau penilaian individu terhadap dirinya sendiri. Di samping itu, dalam diri individu terdapat konsep diri yang ideal atau gambaran diri yang sesungguhnya didambakan oleh individu. Artinya, konsep diri yang ideal ini sangat berpengaruh dalam diri individu, karena bila reaksi lingkungan memiliki intensitas yang tinggi, maka akan semakin kuat pula konsep diri tersebut. Sebaliknya bila reaksi lingkungan menjadi lemah, maka akan semakin berkurang atau lemah konsep diri tersebut. Dengan demikian dapat dijelaskan lebih terinci bahwa dalam konsep diri akan tergabung dalam beberapa dimensi tentang diri yang satu sama lain ada keterkaitan yang mendalam. Menurut Allen (Stuart and Sunden, 1998) dimensi konsep diri terbagi menjadi empat bagian, yang terdiri atas:

1. **Konsep diri aktual**, Konsep diri ini dapat dinyatakan sebagai persepsi yang realistis terhadap diri kita sendiri. Ada juga yang menyatakan, konsep diri



aktual itu adalah persepsi atas siapa diri kita saat ini. Konsep diri aktual juga merupakan persepsi nyata kita pada diri kita sendiri dan persepsi yang saya gambarkan pada orang lain, seperti status sosial, usia, jenis kelamin, dan tingkat pendidikan. Ketika kita menyatakan, misalnya "saya mahasiswa UT semester 3" maka kita sedang mengungkapkan konsep diri aktual kita.

2. **Konsep diri ideal**, Konsep diri ideal merupakan persepsi seseorang atas dirinya harus seperti apa tampaknya. Ketika kita memutuskan untuk meneruskan pendidikan di Universitas Terbuka ini merupakan keputusan yang berupaya untuk menunjukkan konsep diri yang ideal. Dengan konsep diri ideal itulah kita berusaha dan berjuang untuk terus memperbaiki kemampuan dan kehidupan kita. Usaha memperbaiki dan meningkatkan itu bisa dilakukan dalam bidang pekerjaan, keterampilan atau pendidikan. Tindakan-tindakan yang kita lakukan itu bisa dipandang sebagai upaya untuk mendekatkan pada kondisi yang mendekati konsep diri yang ideal tadi. Individu biasa membandingkan konsep diri ideal itu dengan nilai konsep diri aktualnya. Oleh karena manusia pada dasarnya ingin agar konsep diri aktualnya memiliki karakteristik yang sama atau mendekati konsep diri idealnya. Apabila kedua konsep diri ini berjauhan maka individu akan berupaya untuk mencapai konsep diri yang ideal. Misalnya, mengikuti pendidikan lanjutan di Universitas Terbuka karena kita mengidealkan konsep diri yang baik itu antara lain diwujudkan dalam bentuk bisa menyelesaikan pendidikan S-1 atau memiliki gelar sarjana.
3. **Konsep diri pribadi (Private)**, merupakan gambaran bagaimana kita menjadi diri kita sendiri. Kita berusaha untuk menunjukkan bahwa kita bertindak sebagai orang yang ramah, bersahabat, kreatif atau menyukai tantangan. Misalnya, dalam konsep diri pribadi kita digambarkan diri kita menggemari tantangan sehingga mengikuti pendidikan ilmu komunikasi di UT. Kita merasa tertantang untuk menggeluti disiplin ini karena banyak diperlukan di dunia kerja atau mendekatkan kita pada dunia yang kita dambakan yakni berkecimpung dalam karier sebagai profesional komunikasi.
4. **Konsep diri Sosial**, Konsep diri sosial pada dasarnya berkaitan dengan relasi kita pada sesama. Kita ingin agar orang lain memandang kita sebagai orang

yang cerdas, menarik, baik hati, peduli pada nasib orang atau memiliki kemampuan menjalankan tugas-tugas pelik. Keinginan kita untuk menjadi seperti itu merupakan wujud konsep diri sosial. Dalam konsep diri sosial ini tercermin bagaimana kita ingin dipandang oleh orang lain sebagai bagian dari satu kelompok masyarakat.

Dengan demikian, konsep diri merupakan satu proses. Ini merupakan bagian dari diri kita dalam proses menjadi (*becoming*). Prosesnya dimulai dengan mengumpulkan informasi. Informasi yang terkumpul tersebut pada dasarnya merupakan pengalaman yang kita lalui dalam kehidupan. Selanjutnya, kita memberi makna, maksud atau sifat tertentu pada pengalaman tersebut. Inilah yang kemudian membentuk kesan dalam diri kita. Berdasarkan kesan itulah kita pun mempelajari siapa diri kita, siapa orang lain, dan bagaimana dunia ini. Siapa diri kita itulah yang kemudian menjadi konsep diri kita. Sedangkan menurut Fitts (dalam Shives, R., 2008) membagi aspek-aspek konsep diri individu menjadi dua dimensi besar, yaitu:

<b>Dimensi Internal</b>	<b>1. Diri identitas</b>	yaitu label ataupun simbol yang dikenakan oleh seseorang untuk menjelaskan dirinya dan membentuk identitasnya. Label-label ini akan terus bertambah seiring dengan bertumbuh dan meluasnya kemampuan seseorang dalam segala bidang.
	<b>2. Diri pelaku</b>	yaitu adanya keinginan pada diri seseorang untuk melakukan sesuatu sesuai dengan dorongan rangsang internal maupun eksternal. Konsekuensi perilaku tersebut akan berdampak pada lanjut tidaknya perilaku tersebut, sekaligus akan menentukan apakah suatu perilaku akan diabstraksikan, disimbolisasikan, dan digabungkan dalam diri identitas.
	<b>3. Diri penilai</b>	yang lebih berfungsi sebagai pengamat, penentu standar, penghayal, pembanding, dan terutama sebagai penilai. Di samping fungsinya sebagai jembatan yang menghubungkan kedua diri sebelumnya.
<b>Dimensi Eksternal</b>	<b>Konsep diri fisik, yaitu cara seseorang dalam memandang dirinya dari sudut pandang</b>	<b>positif</b> apabila ia memiliki pandangan yang positif terhadap kondisi fisiknya, penampilannya, kondisi kesehatannya,

fisik, kesehatan, penampilan keluar, dan gerak motoriknya

kulitnya, tampan atau cantiknya, serta ukuran tubuh yang ideal

**negatif** apabila ia memandang rendah atau memandang sebelah mata kondisi yang melekat pada fisiknya, penampilannya, kondisi kesehatannya, kulitnya, tampan atau cantiknya, serta ukuran tubuh yang ideal

**Konsep diri pribadi**, yaitu cara seseorang dalam menilai kemampuan yang ada pada dirinya dan menggambarkan identitas dirinya

**positif** apabila ia memandang dirinya sebagai pribadi yang penuh kebahagiaan, memiliki optimisme dalam menjalani hidup, mampu mengontrol diri sendiri, dan sarat akan potensi

**negatif** apabila ia memandang dirinya sebagai individu yang tidak pernah (jarang) merasakan kebahagiaan, pesimis dalam menjalani kehidupan, kurang memiliki kontrol terhadap dirinya sendiri, dan potensi diri yang tidak ditumbuhkembangkan secara optimal

**Konsep diri sosial**, yaitu persepsi, pikiran, perasaan, dan evaluasi seseorang terhadap kecenderungan sosial yang ada pada dirinya sendiri, berkaitan dengan kapasitasnya dalam berhubungan dengan dunia di luar dirinya, perasaan mampu dan berharga dalam lingkup interaksi sosialnya

**positif** apabila ia merasa sebagai pribadi yang hangat, penuh keramahan, memiliki minat terhadap orang lain, memiliki sikap empati, supel, merasa diperhatikan, memiliki sikap tenggang rasa, peduli akan nasib orang lain, dan aktif dalam berbagai kegiatan sosial di lingkungannya

**negatif** apabila ia merasa tidak berminat dengan keberadaan orang lain, acuh tak acuh, tidak memiliki empati pada orang lain, tidak (kurang) ramah, kurang peduli terhadap perasaan dan nasib orang lain, dan jarang atau bahkan tidak pernah melibatkan diri dalam aktivitas-aktivitas sosial.

**Konsep diri moral etik**, berkaitan dengan persepsi, pikiran, perasaan, serta

**positif** apabila ia mampu memandang untuk kemudian mengarahkan dirinya untuk menjadi pribadi yang percaya

penilaian seseorang terhadap moralitas dirinya terkait dengan relasi personalnya dengan Tuhan, dan segala hal yang bersifat normatif, baik nilai maupun prinsip yang memberi arti dan arah bagi kehidupan seseorang.

dan berpegang teguh pada nilai-nilai moral etik, baik yang dikandung oleh agama yang dianutnya, maupun oleh tatanan atau norma sosial tempat di mana dia tinggal.

**negatif** bila ia menyimpang dan tidak mengindahkan nilai-nilai moral etika yang berlaku baik nilai-nilai agama maupun tatanan social yang seharusnya dia patuhi.

Konsep diri keluarga, berkaitan dengan persepsi, perasaan, pikiran, dan penilaian seseorang terhadap keluarganya sendiri, dan keberadaan dirinya sendiri sebagai bagian integral dari sebuah keluarga.

**positif** apabila ia mencintai sekaligus dicintai oleh keluarganya, merasa bahagia berada di tengah-tengah keluarganya, merasa bangga dengan keluarga yang dimilikinya, dan mendapat banyak bantuan serta dukungan dari keluarganya.

**negatif** apabila ia merasa tidak mencintai sekaligus tidak dicintai oleh keluarganya, tidak merasa bahagia berada di tengah-tengah keluarganya, tidak memiliki kebanggaan pada keluarganya, serta tidak banyak memperoleh bantuan dari keluarganya.

Konsep diri akademik, berkaitan dengan persepsi, pikiran, perasaan, dan penilaian seseorang terhadap kemampuan akademiknya

**positif** apabila ia menganggap bahwa dirinya mampu berprestasi secara akademik, dihargai oleh teman-temannya, merasa nyaman berada di lingkungan tempat belajarnya, menghargai orang yang memberi ilmu kepadanya, tekun dalam mempelajari segala hal, dan bangga akan prestasi yang diraihny

**negatif** apabila ia memandang dirinya tidak cukup mampu berprestasi, merasa tidak disukai oleh teman-teman di lingkungan tempatnya belajar, tidak menghargai orang yang memberi ilmu kepadanya, serta tidak merasa bangga dengan prestasi yang diraihny.

(dalam Shives, R., 2008)



### 3. PERKEMBANGAN KONSEP DIRI

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, perasaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam hubungan dengan orang lain (Stuart and Sundeen, 1995). Termasuk persepsi individu akan sifat dan kemampuannya, interaksi dengan orang lain dan lingkungannya, nilai-nilai yang berkaitan dengan pengalaman dan objek tujuan serta keinginannya. konsep diri merupakan satu proses. Ini merupakan bagian dari diri kita dalam proses menjadi (*becoming*). Prosesnya dimulai dengan perkembangan (Stuart and Sundeen, 1995).

Usia 0-1 tahun	Trust Berhubungan dengan lingkungan
Usia 1-3 tahun	Belajar dan mengontrol bahasa Mulai beraktifitas mandiri dan otonomi Menyukai diri sendiri Menyukai tubuh sendiri
Usia 3-6 tahun	Berinisiatif Mengenal gender Meningkatkan kesadaran diri Meningkatkan kemampuan bahasa
Usia 6-12 tahun	Berhubungan dengan kelompok sebaya Tumbuh harga diri dengan kemampuan baru yang dimiliki Menyadari kekurangan dan kelebihan
Usia 12-20 tahun	Menerima perubahan tubuh Eksplorasi tujuan dan masa depan Merasa positif pada diri sendiri Memahami hal-hal terkait seksualitas
Usia 20-40 tahun	Hubungan yang intim dengan pasangan, keluarga dan orang-orang terpenting Stabil Positif pada diri sendiri
Usia 40-60 tahun	Dapat menerima kemunduran Mencapai tujuan hidup Menunjukkan proses penuaan
Usia 60 tahun ke atas	Perasaan positif, menemukan makna hidup Melihat kepada kelanjutan keturunannya



#### 4. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PEMBENTUKAN KONSEP DIRI

Berbagai fakto-faktor yang mempengaruhi pembentukan konsep diri (Stuart and Sunden, 1995) adalah sebagai berikut:

1. **The significant others**, yaitu orang lain yang kita anggap penting atau biasa dimana konsep diri dipelajari melalui kontak dan pengalaman dengan orang lain, belajar diri sendiri melalui cermin orang lain dengan cara pandangan diri merupakan interpretasi diri pandangan orang lain terhadap diri sendiri, sebagai contoh anak sangat dipengaruhi orang yang dekat, remaja dipengaruhi oleh orang lain yang dekat dengan dirinya. Pengaruh orang dekat atau orang penting sepanjang siklus hidup atau pengaruh social budaya akan mempengaruhi konsep diri sepanjang hidup kita, selalu saja ada orang yang kita anggap penting dan berpengaruh pada diri kita sehingga akan membentuk konsep diri seseorang. Pertama-tama orang yang mempengaruhi konsep diri kita adalah orang tua kita. Semua manusia akan memandang penting orang tua sehingga orang tua bisa dikatakan sebagai pemberi pengaruh yang pertama dan utama bagi pembentukan konsep diri kita. Dan ketika mulai memasuki usia TK, kita mengenal *significant others* lain, biasanya guru. Begitu seterusnya, sepanjang hidup kita bertemu dengan orang-orang yang kita anggap berpengaruh besar pada diri kita.
2. **Reference group**, yaitu kelompok yang dipakai sebagai acuan. Kelompok tersebut memberi arahan dan pedoman agar kita mengikuti perilaku yang sesuai dengan norma yang berlaku dalam kelompok tersebut. Ini terkait dengan salah satu sifat manusia yang selalu hidup dalam kelompok. Tidak ada manusia yang hidup menyendiri, kecuali karena terpaksa. Semua manusia membutuhkan orang lain. Kelompok-kelompok tersebut kita ikuti secara sukarela. Kelompok acuan itu mempengaruhi pembentukan konsep diri kita. Misalnya, kelompok pecinta alam yang kita ikuti, kelompok penggemar motor tua, dan kelompok yang memiliki hobi yang sama. Semua itu akan memberi pengaruh pada pembentukan konsep diri. Kita menjadi mengikuti irama kelompok itu sesuai dengan aturan yang diberlakukan.
3. **Teori perkembangan**. Konsep diri belum ada waktu lahir, kemudian berkembang secara bertahap sejak lahir seperti mulai mengenal dan

membedakan dirinya dan orang lain. Dalam melakukan kegiatannya memiliki batasan diri yang terpisah dari lingkungan dan berkembang melalui kegiatan eksplorasi lingkungan melalui bahasa, pengalaman atau pengenalan tubuh, nama panggilan, pengalaman budaya dan hubungan interpersonal, kemampuan pada area tertentu yang dinilai oleh diri sendiri atau masyarakat serta aktualisasi diri dengan merealisasi potensi yang nyata.

4. **Self Perception (persepsi diri sendiri)**, Yaitu persepsi individu terhadap diri sendiri dan penilaiannya, serta persepsi individu terhadap pengalamannya akan situasi tertentu. Konsep diri dapat dibentuk melalui pandangan diri dan pengalaman yang positif. Sehingga konsep merupakan aspek yang kritical dan dasar dari perilaku individu. Individu dengan konsep diri yang positif dapat berfungsi lebih efektif yang dapat berfungsi lebih efektif yang dapat dilihat dari kemampuan interpersonal, kemampuan intelektual dan penguasaan lingkungan. Sedangkan konsep diri yang negatif dapat dilihat dari hubungan individu dan sosial yang terganggu.
5. Menurut Stuart dan Sundeen Penilaian tentang konsep diri dapat di lihat berdasarkan rentang rentang respon konsep diri (Stuart and Sunden, 1995).

#### **Kepribadian yang Sehat**

Bagaimana individu berhubungan dengan orang lain merupakan inti dari kepribadian. Kepribadian tidak cukup di uraikan melalui teori perkembangan dan dinamika diri sendiri. Berikut ini adalah pengalaman yang akan dialami oleh individu yang mempunyai kepribadian yang sehat (Stuart dan Sudden, 1995).

<b>Gambaran diri yang positif dan akurat</b>	: Kesadaran akan diri berdasarkan atas observasi mandiri dan perhatian yang sesuai dengan kesehatan diri. Termasuk persepsi saat ini dan yang lalu, akan diri sendiri, perasaan tentang ukuran, fungsi, penampilan dan potensi.
<b>Ideal diri realistik</b>	: Individu yang mempunyai ideal diri yang realitas akan mempunyai tujuan hidup yang dapat dicapai.
<b>Konsep diri positif</b>	: Konsep diri positif menunjukkan bahwa individu akan sukses dalam hidupnya.
<b>Harga diri tinggi</b>	: Seorang yang mempunyai harga diri yang tinggi akan memandang dirinya sebagai seorang yang berarti dan bermanfaat. Ia memandang dirinya sangat sama dengan apa yang ia inginkan.

<b>Kepuasan penampilan peran</b>	: Individu yang mempunyai kepribadian sehat akan mendapat berhubungan dengan orang lain secara intim dan mendapat kepuasan. Ia dapat mempercayai dan terbuka pada orang lain dan membina hubungan interdependen.
<b>Identitas jelas</b>	: Individu merasakan keunikan dirinya, yang memberi arah kehidupan dan mencapai keadaan. (Stuart dan Sudden, 1995).

Untuk mencapai gambaran diri yang positif (Stuart dan Sudden, 1995), maka yang perlu dilakukan adalah:

1. **Objektif dalam mengenali diri**, Jangan abaikan pengalaman positif atau pun keberhasilan sekecil apapun yang pernah dicapai. Banggakan keberhasilan yang telah anda capai walaupun keberhasilan itu tidak penting dalam kehidupan kita. Lihatlah talenta, bakat dan potensi diri dan carilah cara dan kesempatan untuk mengembangkannya. Janganlah terlalu berharap bahwa Anda dapat membahagiakan semua orang atau melakukan segala sesuatu sekaligus. *You cant be all things to all people, you cant do all things at once, you just do the best you could in every way....* Kamu bisa menjadi siapapun dan apapun, tapi kamu tidak bias melakukan semua hal dalam waktu satu kali saja, kamu hanya bias melakukan yang terbaik dengan segala cara
2. **Hargai diri sendiri**, Tidak ada orang lain yang lebih menghargai diri kita selain diri sendiri. Jikalau kita tidak bisa menghargai diri sendiri, tidak dapat melihat kebaikan yang ada pada diri sendiri, tidak mampu memandang hal baik dan positif terhadap diri, bagaimana kita bisa menghargai orang lain dan melihat hal baik yang ada dalam diri orang lain secara positif? Jika kita tidak bisa menghargai orang lain, bagaimana orang lain bisa menghargai diri kita?
3. **Jangan menyalahkan diri sendiri**, Peperangan terbesar dan paling melelahkan adalah peperangan yang terjadi dalam diri sendiri. Sikap menyalahkan diri sendiri secara berlebihan merupakan pertanda bahwa ada permusuhan dan peperangan antara harapan ideal dengan kenyataan diri sejati (real self). Akibatnya, akan timbul kelelahan mental dan rasa frustrasi yang dalam serta makin lemah dan negatif konsep dirinya.
4. **Berpikir positif dan rasional**, *We are what we think. All that we are arises with our thoughts. With our thoughts, we make the world.* Kita akan jadi



seperti apa yang kita pikirkan. Semua yang kita capai sesuai dengan apa yang kita lakukan. Kita akan bisa membuat dunia dengan apa yang kita pikirkan dan kita lakukan. Jadi, semua itu banyak tergantung pada cara kita memandang segala sesuatu, baik itu persoalan maupun terhadap seseorang. Jadi, kendalikan pikiran kita jika pikiran itu mulai menyesatkan jiwa dan raga.

## 5. RENTANG RESPON KONSEP DIRI

Konsep diri dipelajari mulai kontak sosial dan pengalaman berhubungan dengan orang lain. Pandangan individu tentang dirinya dipengaruhi oleh bagaimana individu mengartikan pandangan orang lain tentang dirinya. Konsep diri atas komponen: citra diri, ideal diri, harga diri dan penampilan peran dan identitas personal. Respon individu terhadap konsep dirinya berfluktuasi sepanjang rentang respon konsep diri yaitu dari adaptif sampai maladaptif. Staines (dalam Stuart and Sundeen, 1995) mengatakan bahwa konsep diri memiliki peranan penting dalam terbentuknya pola kepribadian seseorang, karena konsep diri merupakan inti pola kepribadian, konsep ini mempengaruhi berbagai sifat dalam diri seseorang.



**Diagram 3:** Rentang Respon Konsep Diri (Stuart & Sundeen, 1995).

### Proses Pembentukan Konsep Diri

Konsep diri terbentuk melalui proses belajar sejak masa pertumbuhan seorang manusia dari kecil hingga dewasa. Lingkungan, pengalaman dan pola asuh orang tua turut memberikan pengaruh yang signifikan terhadap konsep diri yang terbentuk. Sikap atau respon orang tua dan lingkungan akan menjadi bahan informasi bagi anak untuk menilai siapa dirinya. Oleh sebab itu, seringkali anak-

anak yang tumbuh dan dibesarkan dalam pola asuh yang keliru dan negatif, atau pun lingkungan yang kurang mendukung, cenderung mempunyai konsep diri yang negatif. Hal ini disebabkan sikap orang tua yang misalnya: suka memukul, mengabaikan, kurang memperhatikan, melecehkan, menghina, bersikap tidak adil, tidak pernah memuji, suka marah-marah, dianggap sebagai hukuman akibat kekurangan, kesalahan atau pun kebodohan dirinya. Jadi anak menilai dirinya berdasarkan apa yang dia alami dan dapatkan dari lingkungan. Jika lingkungan memberikan sikap yang baik dan positif, maka anak akan merasa dirinya cukup berharga sehingga tumbuhlah konsep diri yang positif. Konsep diri ini mempunyai sifat yang dinamis, artinya tidak luput dari perubahan.

Ada aspek-aspek yang bisa bertahan dalam jangka waktu tertentu, namun ada pula yang mudah sekali berubah sesuai dengan situasi sesaat. Misalnya, seorang merasa dirinya pandai dan selalu berhasil mendapatkan nilai baik, namun suatu ketika dia mendapat angka merah. Bisa saja saat itu ia jadi merasa “bodoh”, namun karena dasar keyakinannya yang positif, ia berusaha memperbaiki nilai. Dengan demikian Pembentukan konsep diri sangat terkait dengan: terkait dengan proses yang kompleks, terkait perkembangan psikososial (Erikson), terkait perkembangan kognitif (piaget), *social reinforcement*, *cultural reinforcement* spiritual, hasil hubungan dalam diri kita, hubungan dengan orang lain, dan pengalaman (Stuart & Sundeen, 1995).

## 6. PENYEBAB GANGGUAN KONSEP DIRI

Berbagai hal yang dapat menyebabkan gangguan konsep diri (Stuart & Sundeen, 1995), antara lain:

<b>Pola asuh orang tua</b>	: Pola asuh orang tua seperti sudah diuraikan di atas turut menjadi faktor signifikan dalam mempengaruhi konsep diri yang terbentuk. Sikap positif orang tua yang terbaca oleh anak, akan menumbuhkan konsep dan pemikiran yang positif serta sikap menghargai diri sendiri. Sikap negatif orang tua akan mengundang pertanyaan pada anak, dan menimbulkan asumsi bahwa dirinya tidak cukup berharga untuk dikasihi, untuk disayangi dan dihargai; dan semua itu akibat kekurangan yang ada padanya sehingga orang tua tidak sayang.
----------------------------	--



<b>Kegagalan</b>	: Kegagalan yang terus menerus dialami seringkali menimbulkan pertanyaan kepada diri sendiri dan berakhir dengan kesimpulan bahwa semua penyebabnya terletak pada kelemahan diri. Kegagalan membuat orang merasa dirinya tidak berguna.
<b>Depresi</b>	: Orang yang sedang mengalami depresi akan mempunyai pemikiran yang cenderung negatif dalam memandang dan merespon segala sesuatunya, termasuk menilai diri sendiri. Segala situasi atau stimulus yang netral akan dipersepsi secara negatif.
<b>Kritik internal</b>	: Terkadang, mengkritik diri sendiri memang dibutuhkan untuk menyadarkan seseorang akan perbuatan yang telah dilakukan. Kritik terhadap diri sendiri sering berfungsi menjadi regulator atau rambu-rambu dalam bertindak dan berperilaku agar keberadaan kita diterima oleh masyarakat dan dapat beradaptasi dengan baik.
<b>Merubah konsep diri</b>	Seringkali diri kita sendirilah yang menyebabkan persoalan bertambah rumit dengan berpikir yang tidak-tidak terhadap suatu keadaan atau terhadap diri kita sendiri. Namun, dengan sifatnya yang dinamis, konsep diri dapat mengalami perubahan ke arah yang lebih positif.

## B. PEMBAGIAN KONSEP DIRI

Konsep diri terbagi menjadi beberapa bagian. Pembagian konsep diri tersebut di kemukakan oleh Stuart and Sundeen (1995), yang terdiri dari:

### 1. CITRA TUBUH

Gambaran diri adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, fungsi penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu yang secara berkesinambungan dimodifikasi dengan pengalaman baru setiap individu (Stuart and Sundeen, 1995). Sejak lahir individu mengeksplorasi bagian tubuhnya, menerima stimulus dari orang lain, kemudian mulai memanipulasi lingkungan dan mulai sadar dirinya terpisah dari lingkungan (Keliat, 1994). Gambaran diri (Body Image) berhubungan dengan kepribadian. Cara individu memandang dirinya mempunyai dampak yang penting pada aspek psikologinya. Citra tubuh adalah sikap, persepsi keyakinan dan pengetahuan individu secara sadar atau tidak sadar

terhadap tubuhnya yaitu: ukuran, bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna objek yang kontak secara terus menerus (anting, meke up, kontak lensa, pakaian, kursi roda) masa lalu maupun sekarang. Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran, bentuk, struktur, keterbatasan, makna dan objek yang sering kontak dengan tubuh. Pandangan yang realistis terhadap dirinya manarima dan mengukur bagian tubuhnya akan lebih rasa aman, sehingga terhindar dari rasa cemas dan meningkatkan harga diri (Keliat, 1994).

Individu yang stabil, realistis dan konsisten terhadap gambaran dirinya akan memperlihatkan kemampuan yang mantap terhadap realisasi yang akan memacu sukses dalam kehidupan. Banyak faktor dapat yang mempengaruhi gambaran diri seseorang, seperti, munculnya stresor yang dapat mengganggu integrasi gambaran diri. Stresor-stresor tersebut dapat berupa: Operasi, seperti: mastektomi, amputasi, luka operasi yang semuanya mengubah gambaran diri. Demikian pula tindakan koreksi seperti operasi plastik, protesa dan lain-lain. Kegagalan fungsi tubuh. Seperti hemiplegi, buta, tuli dapat mengakibatkan depersonalisasi yaitu tidak mengkui atau asing dengan bagian tubuh, sering berkaitan dengan fungsi saraf. Waham yang berkaitan dengan bentuk dan fungsi tubuh seperti sering terjadi pada klien gangguan jiwa, klien mempersiapkan penampilan dan pergerakan tubuh sangat berbeda dengan kenyataan. Tergantung pada mesin seperti: klien intensif care yang memandang imobilisasi sebagai tantangan, akibatnya sukar mendapatkan informasi umpan balik engan penggunaan Intensif care dipandang sebagai gangguan. Perubahan tubuh berkaitan. Hal ini berkaitan dengan tumbuh kembang dimana seseorang akan merasakan perubahan pada dirinya seiring dengan bertambahnya usia. Tidak jarang seseorang menanggapinya dengan respon negatif dan positif. Ketidakpuasan juga dirasakan seseorang jika didapati perubahan tubuh yang tidak ideal. Umpan balik interpersonal yang negatif umpan balik ini adanya tanggapan yang tidak baik berupa celaan, makian sehingga dapat membuat seseorang menarik diri. Standard sosial budaya. Hal ini berkaitan dengan kultur sosial budaya yang berbeda-setiap pada setiap orang dan keterbatasannya serta

keterbelakangan dari budaya tersebut menyebabkan pengaruh pada gambaran diri individu, seperti adanya perasaan minder (Keliat, 1994).

Beberapa gangguan pada gambaran diri tersebut dapat menunjukkan **tanda dan gejala** ( Keliat, 1994), adalah seperti berikut:

<b>RESPON KLIEN ADAPTIF</b>	<b>Syok psikologis</b>	Merupakan reaksi emosional terhadap dampak perubahan dan dapat terjadi pada saat pertama tindakan. syok psikologis digunakan sebagai reaksi terhadap ansietas. Informasi yang terlalu banyak dan kenyataan perubahan tubuh membuat klien menggunakan mekanisme pertahanan diri seperti mengingkari, menolak dan proyeksi untuk mempertahankan keseimbangan diri.
	<b>Menarik diri</b>	Klien menjadi sadar akan kenyataan, ingin lari dari kenyataan, tetapi karena tidak mungkin maka klien lari atau menghindar secara emosional. Klien menjadi pasif, tergantung, tidak ada motivasi dan keinginan untuk berperan dalam perawatannya.
	<b>Penerimaan/ pengakuan secara bertahap</b>	Setelah klien sadar akan kenyataan maka respon kehilangan atau berduka muncul. Setelah fase ini klien mulai melakukan reintegrasi dengan gambaran diri yang baru.
<b>RESPON KLIEN MALADAPTIF</b>	:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menolak untuk melihat dan menyentuh bagian yang berubah.</li> <li>2. Tidak dapat menerima perubahan struktur dan fungsi tubuh.</li> <li>3. Mengurangi kontak sosial sehingga terjadi menarik diri.</li> <li>4. Perasaan atau pandangan negatif terhadap tubuh.</li> <li>5. Preokupasi dengan bagian tubuh atau fungsi tubuh yang hilang.</li> <li>6. Mengungkapkan keputusasaan.</li> <li>7. Mengungkapkan ketakutan ditolak.</li> <li>8. Depersonalisasi.</li> <li>9. Menolak penjelasan tentang perubahan tubuh.</li> </ol>
<b>Pada klien yang dirawat di rumah sakit</b>	perubahan citra tubuh sangat mungkin terjadi. Stresor pada tiap perubahan adalah:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pada perubahan ukuran: berat badan yang turun akibat penyakit</li> <li>2. Perubahan bentuk tubuh: tindakan invasif seperti operasi, suntikan, daerah pemasangan infus</li> <li>3. Perubahan struktur: sama dengan perubahan bentuk tubuh disertai dengan pemasangan alat didalam tubuh</li> </ol>

4. Perubahan fungsi berbagai penyakit yang dapat merubah sistem tubuh
5. Keterbatasan gerak, makan dan kegiatan
6. Makna dan objek yang sering kontak: penampilan dan dandan berubah, pemasangan alat pada tubuh klien (infus, traksi, respirator, suntik, pemeriksaan tanda vital dll)

**Masalah Keperawatan yang Mungkin Timbul**

1. Gangguan citra tubuh
2. Gangguan harga diri

Dari masalah ini keduanya dapat ditemukan pada klien dengan gangguan fisik, sedangkan klien dengan gangguan jiwa masalah keperawatannya adalah gangguan harga diri (Keliat, 1994).

## 2. IDEAL DIRI

Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan standart, aspirasi, tujuan atau penilaian personal tertentu (Stuart and Sundeen, 1995). Gangguan ideal diri adalah ideal diri terlalu tinggi, sukar dicapai dan tidak realistis, ideal diri yang samar dan tidak jelas dan cenderung menuntut. Standart dapat berhubungan dengan tipe orang yang akan diinginkan atau sejumlah aspirasi, cita-cita, nilai-nilai yang ingin di capai. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita, nilai-nilai yang ingin dicapai. Ideal diri akan mewujudkan cita-cita dan harapan pribadi berdasarkan norma sosial (keluarga budaya) dan kepada siapa ingin dilakukan. Ideal diri mulai berkembang pada masa kanak-kanak yang di pengaruhi orang yang penting pada dirinya yang memberikan keuntungan dan harapan pada masa remaja ideal diri akan di bentuk melalui proses identifikasi pada orang tua, guru dan teman (Keliat, 1994).

**Faktor yang mempengaruhi ideal diri**

1. Kecenderungan individu menetapkan ideal pada batas kemampuannya.
2. Faktor budaya akan mempengaruhi individu menetapkan ideal diri.
3. Ambisi dan keinginan untuk melebihi dan berhasil, kebutuhan yang realistis, keinginan untuk mengklaim diri dari kegagalan, perasaan cemas dan rendah diri.
4. Kebutuhan yang realistis.
5. Keinginan untuk menghindari kegagalan.
6. Perasaan cemas dan rendah diri.



Agar individu mampu berfungsi dan mendemonstrasikan kecocokan antara persepsi diri dan ideal diri.	: Ideal diri ini hendaknya ditetapkan tidak terlalu tinggi, tetapi masih lebih tinggi dari kemampuan agar tetap menjadi pendorong dan masih dapat dicapai (Keliat, 1994).
<b>Tanda dan gejala yang dapat dikaji:</b>	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengungkapkan keputusan akibat penyakitnya, misalnya: saya tidak dapat ikut ujian karena sakit, saya tidak bisa lagi jadi peragawati karena bekas operasi dimuka saya, kaki saya yang dioperasi membuat saya tidak dapat bermain bola.</li> <li>2. Mengungkapkan keinginan yang sangat tinggi, misalnya: saya pasti bisa sembuh padahal prognosanya buruk sekali, setelah sehat saya sekolah lagi padahal penyakitnya mengakibatkan tidak mungkin lagi sekolah.</li> </ol>
<b>Masalah keperawatan yang mungkin timbul adalah:</b>	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ideal diri tidak realistis</li> <li>2. Gangguan harga diri : harga diri rendah</li> <li>3. Ketidak berdayaan</li> <li>4. Keputusan</li> </ol> (Keliat, 1994).

### 3. PERAN

Peran adalah seperangkat perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok sosial. Tiap individu mempunyai berbagai fungsi peran yang terintegrasi dalam pola fungsi individu. Peran adalah sikap dan perilaku nilai serta tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat (Keliat, 1994). Peran yang ditetapkan adalah peran dimana seseorang tidak punya pilihan, sedangkan peran yang diterima adalah peran yang terpilih atau dipilih oleh individu. Posisi dibutuhkan oleh individu sebagai aktualisasi diri. Harga diri yang tinggi merupakan hasil dari peran yang memenuhi kebutuhan dan cocok dengan ideal diri. Posisi di masyarakat dapat merupakan stresor terhadap peran karena struktur sosial yang menimbulkan kesukaran, tuntutan serta posisi yang tidak mungkin dilaksanakan (Keliat, 1994).

Faktor yang mempengaruhi dalam menyesuaikan diri dengan peran	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejelasan perilaku dengan penghargaan yang sesuai dengan peran.</li> <li>2. Konsisten respon orang yang berarti terhadap peran yang dilakukan.</li> <li>3. Kesestain dan keseimbangan antara peran yang di emban.</li> </ol>
---	--



<p>Penyesuaian individu terhadap perannya di pengaruhi oleh faktor</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Keselarasan budaya dan harapan individu terhadap perilaku peran.</li> <li>5. Pemisahan situasi yang akan menciptakan ketidak sesuai perilaku peran.</li> </ol>
<p>Transisi peran</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kejelasan perilaku yang sesuai dengan perannya serta pengetahuan yang spesifik tentang peran yang diharapkan .</li> <li>2. Konsistensi respon orang yang berarti / dekat dengan peranannya.</li> <li>3. Kejelasan budaya dan harapannya terhadap perilaku perannya.</li> <li>4. Pemisahan situasi yang dapat menciptakan ketidak selarasan</li> </ol>
<p>Transisi peran tersebut dapat di kategorikan:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Transisi perkembangan</b> terjadi setiap perkembangan dapat menimbulkan ancaman pada identitas. Setiap perkembangan harus di lalui individu dengan menjelaskan tugas perkembangan yang berbeda – beda. Hal ini dapat merupakan stresor bagi konsep diri.</li> <li><b>Transisi situasi</b> terjadi sepanjang daur kehidupan, bertambah atau berkurang orang yang berarti melalui kelahiran atau kematian, misalnya status sendiri menjadi berdua atau menjadi orang tua. Perubahan status menyebabkan perubahan peran yang dapat menimbulkan ketegangan peran yaitu konflik peran, peran tidak jelas atau peran berlebihan</li> <li><b>Transisi sehat sakit</b> terjadi stresor pada tubuh dapat menyebabkan gangguan gambaran diri dan berakibat perubahan konsep diri. Perubahan tubuh dapat mempengaruhi semua kompoen konsep diri yaitu gambaran diri, identitas diri peran dan harga diri. Masalah konsep diri dapat di cetuskan oleh faktor psikologis, sosiologi atau fisiologi, namun yang penting adalah persepsi klien terhadap ancaman</li> </ol>
<p>Gangguan peran, penyebab atau faktor-faktor gangguan peran tersebut dapat di akibatkan oleh:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konflik peran interpersonal. Individu dan lingkungan tidak mempunyai harapan peran yang selaras.</li> <li>2. Contoh peran yang tidak adekuat,</li> <li>3. Kehilangan hubungan yang penting</li> <li>4. Perubahan peran seksual</li> <li>5. Keragu-raguan peran</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>6. Perubahan kemampuan fisik untuk menampilkan peran sehubungan dengan proses menua</li> <li>7. Kurangnya kejelasan peran atau pengertian tentang peran</li> <li>8. Ketergantungan obat</li> <li>9. Kurangnya keterampilan sosial</li> <li>10. Perbedaan budaya</li> <li>11. Harga diri rendah</li> <li>12. Konflik antar peran yang sekaligus di perankan</li> </ul>
Gangguan peran yang terjadi tersebut dapat ditandai dengan tanda dan gejala	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengungkapkan ketidakpuasan perannya atau kemampuan menampilkan peran</li> <li>2. Mengingkari atau menghindari peran</li> <li>3. Kegagalan transisi peran</li> <li>4. Ketegangan peran</li> <li>5. Kemunduran pola tanggungjawab yang biasa dalam peran</li> <li>6. Proses berkabung yang tidak berfungsi</li> <li>7. Kejenuhan pekerjaan</li> </ul>
Pada klien yang sedang dirawat di rumah sakit otomatis peran sosial klien berubah menjadi peran sakit	Peran klien yang berubah adalah : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Peran dalam keluarga</li> <li>2. Peran dalam pekerjaan atau sekolah</li> <li>3. Peran dalam berbagai kelompok</li> </ul>
Tanda dan gejala yang dapat dikaji:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengingkari ketidakmampuan menjalankan peran</li> <li>2. Ketidakpuasan peran</li> <li>3. Kegagalan dalam menjalankan peran baru</li> <li>4. Kurang tanggung jawab</li> <li>5. Apatis, bosan, jenuh dan putus asa</li> </ul>
Masalah keperawatan yang muncul:	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan penampilan peran</li> <li>2. Gangguan harga diri</li> <li>3. Keputusan</li> <li>4. Ketidakberdayaan</li> </ul> (Stuart and sudeen, 1995).

#### 4. IDENTITAS

Identitas adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sendiri sebagai satu kesatuan yang utuh (Stuart and Sudeen, 1995). Seseorang yang mempunyai perasaan identitas diri yang kuat akan yang memandang dirinya berbeda dengan orang lain. Kemandirian timbul dari perasaan berharga (aspek diri sendiri), kemampuan dan penyesuaian diri. Seseorang yang mandiri dapat

mengatur dan menerima dirinya. Identitas diri terus berkembang sejak masa kanak-kanak bersamaan dengan perkembangan konsep diri.

Hal yang penting dalam identitas adalah jenis kelamin (Keliat, 1994). Identitas jenis kelamin berkembang sejak lahir secara bertahap dimulai dengan konsep laki-laki dan wanita banyak dipengaruhi oleh pandangan dan perlakuan masyarakat terhadap masing-masing jenis kelamin tersebut. Perasaan dan perilaku yang kuat akan identitas diri individu dapat ditandai dengan:

- a) Memandang dirinya secara unik
- b) Merasakan dirinya berbeda dengan orang lain
- c) Merasakan otonomi: menghargai diri, percaya diri, mampu diri, menerima diri dan dapat mengontrol diri
- d) Mempunyai persepsi tentang gambaran diri, peran dan konsep diri.

## **5. HARGA DIRI**

Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (Stuart and Sundeen, 1995). Frekuensi pencapaian tujuan akan menghasilkan harga diri yang rendah atau harga diri yang tinggi. Jika individu sering gagal, maka cenderung harga diri rendah. Harga diri diperoleh dari diri sendiri dan orang lain. Aspek utama adalah di cintai dan menerima penghargaan dari orang lain (Keliat, 1994). Biasanya harga diri sangat rentan terganggu pada saat remaja dan usia lanjut. Dari hasil riset ditemukan bahwa masalah kesehatan fisik mengakibatkan harga diri rendah. Harga diri tinggi terkait dengan ansietas yang rendah, efektif dalam kelompok dan diterima oleh orang lain. Sedangkan harga diri rendah terkait dengan hubungan interpersonal yang buruk dan resiko terjadi depresi dan skizofrenia. Gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan negatif terhadap diri sendiri termasuk hilangnya percaya diri dan harga diri. Harga diri rendah dapat terjadi secara situasional (trauma) atau kronis (negatif self evaluasi yang telah berlangsung lama). Dan dapat di ekspresikan secara langsung atau tidak langsung (Keliat, 1994).

Faktor yang mempengaruhi gangguan harga diri	Perkembangan individu.	Faktor predisposisi dapat dimulai sejak masih bayi, seperti penolakan orang tua menyebabkan anak merasa tidak dicintai dan mengakibatkan anak gagal mencintai dirinya dan akan gagal untuk mencintai orang lain. Pada saat anak berkembang lebih besar, anak mengalami kurangnya pengakuan dan pujian dari orang tua dan orang yang dekat atau penting baginya. Ia merasa tidak adekuat karena selalu tidak dipercaya untuk mandiri, memutuskan sendiri akan bertanggung jawab terhadap perilakunya.
	Sikap orang tua yang terlalu mengatur	Sikap orang tua yang terlalu mengatur dan mengontrol, membuat anak merasa tidak berguna.
	Ideal diri tidak realistis	Individu yang selalu dituntut untuk berhasil akan merasa tidak punya hak untuk gagal dan berbuat kesalahan. Ia membuat standart yang tidak dapatdicapai, seperti cita –cita yang terlalu tinggi dan tidak realistis. Yang pada kenyataan tidak dapat dicapai membuat individu menghukum diri sendiri dan akhirnya percaya diri akan hilang. Gangguan fisik dan mental Gangguan ini dapat membuat individu dan keluarga merasa rendah diri. Sistim keluarga yang tidak berfungsi.
Gangguan harga diri yang disebut juga sebagai harga diri rendah dan dapat terjadi:	Situasional	yaitu terjadi trauma yang tiba-tiba, misalnya harus dioperasi, kecelakaan, dicerai suami, putus sekolah, PHK, perasaan malu karena sesuatu (korban perkosaan, dituduh KKN, dipenjara tiba-tiba). Pada klien yang dirawat dapt terjadi harga diri rendah, karena : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Privacy yang kurang diperhatikan, misalnya: pemeriksaan fisik yang sembarangan, pemasangan alat yang tidak sopan (pencukuran pubis, pemasangan kateter, pemeriksaan perianal)</li> <li>2. Harapan akan struktur, bentuk dan fungsi tubuh yang tidak tercapai krena dirawat /sakit/penyakit.</li> <li>3. Perlakuan petugas kesehatan yang tidak menghargai, berbagai tindakan tanpa persetujuan.</li> </ol>



Kronik	yaitu perasaan negatif terhadap diri telah berlangsung lama sebelum penyakit dirawat. Klien ini mempunyai cara berfikir yang negatif, kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi pada dirinya, kondisi ini banyak mengakibatkan respon negatif. Kondisi dapat ditemukan pada klien gangguan fisik yang kronis atau pada klien gangguan jiwa.
Tanda dan gejala yang dapat dikaji:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan serta akibat penyakit. Misalnya: malu dan sedih karena rambut menjadi botak setelah menjalani terapi kemoterapi pada kanker.</li> <li>2. Rasa bersalah terhadap diri sendiri misalnya ini tidak akan terjadi jika saya ke rumah sakit, menyalahkan/mengejek dan mengkritik diri sendiri</li> <li>3. Merendahkan martabat, misalnya: saya tidak bisa, saya tidak mampu, saya orang bodoh dan tidak tahu apa-apa</li> <li>4. Gangguan hubungan sosial seperti menarik diri. Klien tidak ingin bertemu dengan orang lain, lebih suka menyendiri. Percaya diri kurang, klien sukar mengambil keputusan misalnya memilih alternatif tindakan, mencederai diri akibat harga diri rendah disertai harapan yang suram, mungkin dengan mengakhiri kehidupannya.</li> </ol>
Masalah keperawatan yang muncul:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gangguan konsep diri: harga diri rendah, situasional atau kronik</li> <li>2. Keputusan</li> <li>3. Isolasi Sosial: menarik diri</li> <li>4. Resiko perilaku kekerasan (Stuart and Sundeen, 1995).</li> </ol>

### **MASALAH KEPERAWATAN GANGGUAN KONSEP DIRI**

Gangguan konsep diri adalah suatu kondisi dimana individu mengalami kondisi pembahasan perasaan, pikiran atau pandangan dirinya sendiri yang negatif.

#### **1. GANGGUAN CITRA TUBUH**

Gangguan citra tubuh adalah perubahan persepsi tentang tubuh yang diakibatkan oleh perubahan ukuran bentuk, struktur, fungsi, keterbatasan, makna dan objek yang sering kontak dengan tubuh. Gangguan tersebut diakibatkan



kegagalan dalam penerimaan diri akibat adanya persepsi yang negatif terhadap tubuhnya secara fisik. Persepsi tubuh secara fisik berkaitan dengan bagaimana kita mempersepsikan diri kita secara fisik. Klien dengan gangguan citra tubuh mempersepsikan saat ini dia mengalami sesuatu kekurangan dalam menjaga integritas tubuhnya dimana dia merasa ada yang kurang dalam hal integritas tubuhnya sehingga ketika berhubungan dengan lingkungan sosial merasa ada yang kurang dalam struktur tubuhnya. Persepsi yang negatif akan struktur tubuhnya ini menjadikan dia malu berhubungan dengan orang lain. Klien tidak menerima gambaran diri yang sebenarnya terutama terjadi saat ini. Pada klien yang dirawat di rumah sakit umum, perubahan citra tubuh sangat mungkin terjadi. Stresor pada tiap perubahan adalah Perubahan ukuran tubuh berat badan yang turun akibat penyakit Perubahan bentuk tubuh, tindakan invasif, seperti operasi, suntikan daerah pemasangan infus. Perubahan struktur, sama dengan perubahan bentuk tubuh di sertai dengan pemasangan alat di dalam tubuh. Perubahan fungsi berbagai penyakit yang dapat merubah sistem tubuh keterbatasan gerak, makan, kegiatan. Makna dan objek yang sering kotak, penampilan dan dandan berubah, pemasangan alat pada tubuh klien seperti; infus, traksi, respirator, suntik, pemeriksaan tanda vital, dan lain-lain (Keliat, 1994).

<b>Tanda dan gejala gangguan citra tubuh</b>	: 1) Menolak melihat dan menyentuh bagian tubuh yang berubah 2) Tidak menerima perubahan tubuh yang telah terjadi/akan terjadi 3) Menolak penjelasan perubahan tubuh 4) Persepsi negatif pada tubuh 5) Preokupasi dengan bagian tubuh yang hilang 6) Mengungkapkan keputusasaan 7) Mengungkapkan ketakutan
<b>Diagnosa keperawatan</b>	: Gangguan harga diri: harga diri rendah berhubungan dengan gangguan citra tubuh.
<b>Tujuan Umum</b>	: Klien menunjukkan peningkatan harga diri.
<b>Tujuan Khusus</b>	: 1) Klien dapat meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya. 2) Klien mengidentifikasi perubahan yang terjadi pada tubuhnya. 3) klien dapat mengidentifikasi persepsi negatif pada tubuhnya 4) Klien dapat menerima realita perubahan struktur, bentuk atau fungsi tubuh.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>5) Klien dapat menilai kemampuan dan aspek positif yang dimiliki saat terjadi perubahan pada tubuhnya.</li> <li>6) Klien menilai kemampuan yang dapat digunakan sesuai dengan kekurangan yang dimiliki.</li> <li>7) Klien dapat menetapkan (merencanakan) kegiatan sesuai yang dimiliki.</li> <li>8) Klien melakukan tindakan sesuai dengan kondisi sakit dan kemampuan.</li> <li>9) Klien dapat memanfaatkan system pendukung yang ada.</li> <li>10) Klien dapat melakukan tindakan pengembalian integritas tubuh.</li> </ul>
<b>Hasil yang diharapkan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Klien dapat menerapkan perubahan</li> <li>2) Klien memiliki beberapa cara mengatasi perubahan yang terjadi.</li> <li>3) Klien beradaptasi dengan cara yang dipilih dan digunakan.</li> </ul>
<b>Tindakan keperawatan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Bina hubungan perawat yang terapeutik <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Salam terapeutik</li> <li>b. Komunikasi terbuka, jujur dan empati.</li> <li>c. Sediakan waktu untuk mendengarkan klien. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan klien terhadap perubahan tubuh.</li> <li>d. Lakukan kontrak untuk program arahan keperawatan atau pendapatan kesehatan, dukungan dan konseling.</li> </ul> </li> <li>2) Diskusikan perubahan struktur tubuh dan fungsi tubuh</li> <li>3) Observasi ekspresi klien pada saat berbicara.</li> <li>4) Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki (tubuh, intelektual, keluarga) oleh klien di luar</li> <li>5) perubahan yang terjadi.</li> <li>6) Beri pujian terhadap aspek yang positif dan kemampuan yang masih dimiliki klien.</li> <li>7) Dorong klien untuk merawat diri dan berperan serta dalam asuhan keperawatan secara bertahap.</li> <li>8) Libatkan klien dalam kelompok klien dengan masalah gangguan citra tubuh.</li> <li>9) Tingkatkan dukungan keluarga terutama pasangan.</li> <li>10) Diskusikan cara-cara (booklet, leaflet) sebagai sumber informasi yang dapat dilakukan untuk mengurangi dampak perubahan struktur, bentuk dan fungsi tubuh.</li> <li>11) Dorong klien memilih cara yang sesuai bagi klien.</li> <li>12) Bantu klien melakukan cara yang dipilih</li> <li>13) Bantu klien mengurangi perubahan citra tubuh. Misalnya proteksi untuk bagian tubuh bertemu tongkat.</li> <li>14) Rehabilitasi bertahap bagi klien</li> </ul> <p>(Keliat, 1994).</p>

## 2. GANGGUAN IDEAL DIRI

Gangguan ideal diri adalah ideal diri yang terlalu tinggi, sukar dicapai dan tidak realistis ideal diri yang samar dan tidak jelas dan cenderung menuntut. Pada klien yang dirawat di rumah sakit karena sakit maka ideal dirinya dapat terganggu. Atau ideal diri klien terhadap hasil pengobatan yang terlalu tinggi dan sukar dicapai (Keliat, 1994).

<b>Tanda dan gejala gangguan ideal diri</b>	: 1) Mengungkapkan keputusan akibat penyakitnya, misalnya: saya tidak bisa ikut ujian karena sakit, saya tidak bisa lagi jadi perawat karena bekas operasi di muka saya, kaki saya yang dioperasi membuat saya tidak main bola. 2) Mengungkapkan keinginan yang terlalu tinggi, misalnya saya pasti bisa sembuh pada hal prognosa penyakitnya buruk; setelah sehat saya akan sekolah lagi padahal penyakitnya mengakibatkan tidak mungkin lagi sekolah
<b>Diagnosa keperawatan</b>	: Gangguan harga diri: harga diri rendah berhubungan dengan ideal diri tidak realistis
<b>Tujuan Umum</b>	: Klien menunjukkan peningkatan harga diri.
<b>Tujuan Khusus</b>	: 1) Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat 2) Klien mengungkapkan keinginan yang tidak sesuai dengan yang diharapkan 3) Klien dapat membandingkan kondisi yang dialaminya dengan keinginan yang diharapkan 4) Klien menerima kondisinya dan bersikap realistis 5) Klien mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki sebelum sakit. 6) Klien menilai kemampuan yang dapat digunakan sesuai dengan kekurangan yang dimiliki. 7) Klien dapat menetapkan (merencanakan) kegiatan sesuai yang dimiliki 8) Klien melakukan tindakan sesuai dengan kondisi sakit dan kemampuan. 9) Klien dapat memanfaatkan sistem pendukung yang ada.
<b>Hasil yang diharapkan</b>	: 1) Klien mengungkapkan perasaannya terhadap penyakit yang diderita. 2) Klien menyebutkan aspek dan kemampuan dirinya (fisik, intelektual, sistem pendukung). 3) Klien berperan serta dalam perawatan dirinya. 4) Percaya diri klien dengan menetapkan keinginan atau tujuan yang realistis.



**Tindakan keperawatan**

- 1) Bina hubungan saling percaya.
    - a. Salam terapeutik
    - b. Perkenalkan diri
    - c. Jelaskan tujuan interaksi
    - d. Ciptakan lingkungan yang tenang.
    - e. Buat kontrak yang jelas (apa yang dilakukan /bicarakan, waktu)
  - 2) Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan (apa yang dilakukan/bicarakan, waktu)
  - 3) Sediakan waktu untuk mengungkapkan tentang penyakit yang diderita.
  - 4) Katakan pada klien bertambah satu orang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri.
  - 5) Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Dapat di mulai bagian tubuh yang masih berfungsi dengan baik, kemampuan lain yang dimiliki oleh klien, aspek positif (keluarga lingkungan) dimiliki klien. Jika klien tidak mampu mengidentifikasi maka dinali oleh perawat memberi "reinforcement" terhadap aspek positif klien.
  - 6) Setiap bertemu klien, hindarkan memberi penilaian negative utamakan memberikan pujian realistis.
  - 7) Diskusikan kemampuan klien kemampuan yang masih dapat digunakan selam sakit. Misalnya: penampilan klien dalam "self care" latihan dan ambulasi serta aspek asuhan terkait dengan gangguan fisik yang dialami oleh klien.
  - 8) Diskusikan pada kemampuan yang dapat dilanjutkan penggunaannya setelah pulang sesuai dengan kondisi pasien.
  - 9) Rencanakan bersama oleh aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan: kegiatan mandiri, kegiatan bantuan sebagian, kegiatan yang membutuhkan bantuan total.
  - 10) Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi klien.
  - 11) Beri kesempatan cara pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan (sering klien takut melakukannya)
  - 12) Beri kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan.
  - 13) Beri pujian atas keberhasilan klien.
  - 14) Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah.
  - 15) Berikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien harga diri rendah.
  - 16) Bantu keluarga memberi dukungan selama klien dirawat
- (Keliat, 1994).



### 3. GANGGUAN HARGA DIRI

Gangguan harga diri dapat digambarkan sebagai perasaan yang negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan. Gangguan harga diri yang disebut sebagai harga diri rendah dan dapat terjadi secara: 1) Situasional, yaitu terjadi trauma yang tiba-tiba, misalnya harus operasi, kecelakaan, diceraikan suami, putus sekolah, putus hubungan kerja, perasaan malu karena sesuatu terjadi (korban perkosaan, dituduh KKN, dipenjara tiba-tiba), dan 2) Kronik yaitu perasaan negatif terhadap diri telah berlangsung lama, yaitu sebelum sakit/dirawat klien ini mempunyai cara berpikir yang negatif. Kejadian sakit dan dirawat akan menambah persepsi negatif terhadap dirinya (Keliat, 1994).

#### Tanda dan gejala gangguan harga diri

- 1) Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit. Misalnya malu dan sedih karena rambut jadi botak setelah mendapat terapi sinar pada kanker.
- 2) Rasa bersalah terhadap diri sendiri. Misalnya ini tidak akan terjadi jika saya segera ke rumah sakit, menyalahgunakan/mengejek dan mengkritik diri sendiri.
- 3) Merendahkan martabat. Misalnya saya tidak bisa, saya tidak mampu saya orang bodoh dan tidak tahu apa-apa.
- 4) Gangguan hubungan sosial, seperti menarik diri. Klien tidak ingin bertemu dengan orang lain, lebih suka sendiri.
- 5) Percaya diri kurang. Klien sukar mengambil keputusan, misalnya tertung memilih alternatif tindakan.
- 6) Mencederai diri. Akibat harga diri yang rendah disertai harapan yang suram mungkin klien ingin mengakhiri kehidupan.

### 4. GANGGUAN PERAN

Gangguan penampilan peran adalah berubah atau berhenti fungsi peran yang disebabkan oleh penyakit, proses menua, putus sekolah, putus hubungan kerja. Perubahan fungsi peran atau bahkan berhentinya fungsi peran yang biasa dilakukan tersebut menyebabkan seseorang harus menyesuaikan dengan suasana baru sesuai dengan peran pengganti yang didapatkan atau seseorang harus mampu menyesuaikan dengan kondisi yang dialami setelah kehilangan fungsi peran yang

biasa dilakukan. Pada klien yang sedang dirawat di rumah sakit otomatis peran sosial klien berubah menjadi peran sakit. Peran klien yang berubah adalah: peran dalam keluarga, peran dalam pekerjaan/sekolah, peran dalam berbagai kelompok, dan klien tidak dapat melakukan peran yang biasa dilakukan selama dirawat di rumah sakit atau setelah kembali dari rumah sakit, klien tidak mungkin melakukan perannya yang biasa (Keliat, 1994).

<b>Tanda dan gejala gangguan peran</b>	: 1) Mengingkari ketidakmampuan menjalankan peran 2) Ketidakpuasan peran 3) Kegagalan menjalankan peran yang baru 4) Ketegangan menjalankan peran yang baru 5) Kurang tanggung jawab 6) Apatis/bosan/jemu dan putus asa
<b>Tanda dan gejala gangguan harga diri</b>	: 7) Perasaan malu terhadap diri sendiri akibat penyakit dan akibat tindakan terhadap penyakit. Misalnya malu dan sedih karena rambut jadi botak setelah mendapat terapi sinar pada kanker. 8) Rasa bersalah terhadap diri sendiri. Misalnya ini tidak akan terjadi jika saya segera kerumah sakit, menyalahgunakan/mengejek dan mengkritik diri sendiri. 9) Merendahkan martabat. Misalnya saya tidak bisa, saya tidak mampu saya orang bodoh dan tidak tahu apa-apa. 10) Gangguan hubungan sosial, seperti menarik diri. Klien tidak ingin bertemu dengan orang lain, lebih suka sendiri. 11) Percaya diri kurang, klien sukar mengambil keputusan, misalnya tentang memilih alternatif tindakan. 12) Mencederal diri. Akibat harga diri yang rendah disertai harapan yang suram mungkin klien ingin mengakhiri kehidupan.
<b>Diagnosa keperawatan</b>	: <b>Gangguan harga diri : harga diri rendah berhubungan dengan perubahan penampilan peran</b>
<b>Tujuan Umum</b>	: <b>Klien menunjukkan peningkatan harga diri.</b>
<b>Tujuan Khusus</b>	: 1. Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat 2. Klien dapat mengidentifikasi perubahan peran yang dialami 3. Klien dapat mengungkapkan perasaannya selama terjadi perubahan penampilan peran 4. Klien dapat mengungkapkan penampilan peran yang diinginkannya

	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Klien dapat mengukur kemampuan yang dimiliki sesuai dengan peran yang diinginkannya.</li> <li>6. Klien dapat mengidentifikasi peran yang telah dilakukan dengan sukses selama di rumah, rumah sakit, tempat kerja dll.</li> <li>7. Klien dapat memilih dan menetapkan peran yang dapat digunakan sesuai dengan kondisi sakit dan kemampuan</li> <li>8. Klien dapat melakukan perannya selama dirawat di rumah sakit atau setelah kembali dari rumah sakit, klien</li> <li>9. Klien dapat mengungkapkan perasaannya selama menjalankan perannya dengan sukses.</li> <li>10. Klien dapat memanfaatkan system pendukung yang ada</li> </ol>
<b>Hasil yang diharapkan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengungkapkan perasaannya terhadap penyakit yang diderita.</li> <li>2. Klien menyebutkan aspek dan kemampuan dirinya (fisik, intelektual, system pendukung).</li> <li>3. Klien berperan serta dalam perawatan dirinya.</li> <li>4. Percaya diri klien dengan menetapkan keinginan atau tujuan yang realistis.</li> </ol>
<b>Tindakan keperawatan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya. <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Salam terapeutik</li> <li>b. Perkenalkan diri</li> <li>c. Jelaskan tujuan interaksi</li> <li>d. Ciptakan lingkungan yang tenang</li> <li>e. Buat kontrak yang jelas (apa yang dilakukan /bicarakan, waktu)</li> </ol> </li> <li>2. Beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaan (apa yang dilakukan/bicarakan, waktu)</li> <li>3. Sediakan waktu untuk mengungkapkan tentang penyakit yang diderita.</li> <li>4. Katakan pada klien bertambah satu orang yang berharga dan bertanggung jawab serta mampu menolong dirinya sendiri.</li> <li>5. Diskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien. Dapat di mulai bagian tubuh yang masih berfungsi dengan baik, kemampuan lain yang dimiliki oleh klien, aspek positif (keluarga lingkungan) dimiliki klien. Jika klien tidak mampu mengidentifikasi maka dinuli oleh perawat memberi "reinforcement" terhadap aspek positif klien.</li> <li>6. Setiap bertemu klien, hindarkan memberi penilaian negative. utamakan memberikan pujian realistis.</li> <li>7. Diskusikan kemampuan klien kemampuan yang masih dapat digunakan selamam sakit. Misalnya: penampilan klien dalam "self care" latihan dan ambulasi serta aspek asuhan terkait dengan gangguan fisik yang dialami oleh klien.</li> </ol>



8. Diskusikan pada kemampuan yang dapat dilanjutkan penguasaannya setelah pulang sesuai dengan kondisi pasien.
  9. Rencanakan bersama oleh aktifitas yang dapat dilakukan setiap hari sesuai kemampuan: kegiatan mandiri, kegiatan bantuan sebagian, kegiatan yang membutuhkan bantuan total.
  10. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan toleransi klien.
  11. Beri kesempatan cara pelaksanaan kegiatan yang boleh klien lakukan (sering klien takut melakukannya)
  12. Beri kesempatan pada klien untuk mencoba kegiatan yang telah direncanakan.
  13. Beri pujian atas keberhasilan klien.
  14. Diskusikan kemungkinan pelaksanaan di rumah.
  15. Berikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang cara merawat klien harga diri rendah.
  16. Bantu keluarga memberi dukungan selama klien dirawat
- (Keliat, 1994).

## 5. GANGGUAN IDENTITAS

adalah kekaburan/ketidakpastian memandang diri sendiri. Penuh dengan keragu-raguan, sukar menetapkan keinginan dan tidak mampu mengambil keputusan pada klien yang dirawat di rumah sakit karena penyakit fisik maka identitas dapat terganggu, karena. Tubuh klien di kontrol oleh orang lain. Misalnya: Pelaksanaan pemeriksaan dan pelaksanaan tindakan tanpa penjelasan dan persetujuan klien. Ketergantungan pada orang lain. Misalnya: untuk "self-care" perlu dibantu orang lain sehingga otonomi/kemandirian terganggu. Perubahan peran dan fungsi, klien menjalankan peran sakit, peran sebelumnya tidak dapat di jalankan (Keliat, 1994).

- Tanda dan gejala gangguan identitas** :
- 1) Tidak ada percaya diri
  - 2) Sukar mengambil keputusan
  - 3) Ketergantungan
  - 4) Masalah dalam hubungan interpersonal
  - 5) Ragu/ tidak yakin terhadap keinginan
  - 6) Proyeksi (menyalahkan orang lain)
- (Keliat, 1994)



### **C. ASUHAN KEPERAWATAN JIWA KONSEP DIRI**

Standar asuhan keperawatan atau standar praktek keperawatan mengacu pada standar praktek profesional dan standar kinerja profesional. Standar praktek profesional di Indonesia telah dijabarkan oleh (PPNI, 2009). Standar praktek profesional tersebut juga mengacu pada proses keperawatan jiwa terdiri dari lima tahap standar yaitu: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis, 3) Perencanaan, 4) Pelaksanaan (Implementasi), dan 5) Evaluasi (PPNI, 2009).

#### **1. PENGKAJIAN**

Pengkajian adalah Merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Iyer *et.al.*, 1996).

##### **A. Faktor Predisposisi**

1. Faktor yang mempengaruhi harga diri meliputi perilaku yang objektif dan teramati serta bersifat subjektif dan dunia dalam pasien sendiri. Perilaku berhubungan dengan harga diri yang rendah, keracuan identitas, dan depersonalisasi.
2. Faktor yang mempengaruhi peran adalah streotipik peran seks, tuntutan peran kerja, dan harapan peran kultural.
3. Faktor yang mempengaruhi identitas personal meliputi ketidakpercayaan orang tua, tekanan dari kelompok sebaya, dan perubahan dalam struktur sosial.

##### **B. Stresor Precipitasi**

1. Trauma seperti penganiayaan seksual dan psikologis atau menyaksikan kejadian mengancam kehidupan.
2. Ketegangan peran hubungan dengan peran atau posisi yang diharapkan dimana individu mengalaminya sebagai frustrasi. Ada tiga jenis transisi peran: Transisi peran perkembangan, Transisi peran situasi dan Transisi peran sehat /sakit

### C. Sumber-Sumber Koping

Setiap orang mempunyai kelebihan personal sebagai sumber coping, meliputi: aktifitas olahraga dan aktifitas lain diluar rumah, hobby dan kerajinan tangan, seni yang ekspresif, kesehatan dan perawan diri, pekerjaan atau posisi, bakat tertentu, kecerdasan, Imajinasi dan kreativitas serta hubungan interpersonal.

### D. Mekanisme Koping

1. Pertahanan coping dalam jangka pendek
2. Pertahanan coping dalam jangka panjang
3. Mekanisme pertahanan ego

Untuk mengetahui persepsi seseorang tentang dirinya, maka orang tersebut harus bisa menjawab pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut:

<b>Persepsi psikologis</b>	: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bagaimana watak saya sebenarnya ?</li><li>2. Apa yang membuat saya bahagia atau sedih ?</li><li>3. Apakah yang sangat mencemaskan saya ?</li></ol>
<b>Persepsi Sosial</b>	: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bagaimana orang lain memandang saya ?</li><li>2. Apakah mereka menghargai saya bahagia atau sedih?</li><li>3. Apakah mereka membenci atau menyukai saya ?</li></ol>
<b>Persepsi Fisik</b>	: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bagaimana pandangan saya tentang penampilan saya ?</li><li>2. Apakah saya orang yang cantik atau jelek ?</li><li>3. Apakah Tubuh saya kuat atau lemah ?</li></ol>

Pendekatan dan pertanyaan dalam pengkajian sesuai dengan faktor yang dikaji:

<b>Identitas</b>	: <p>Dapatkah anda menjelaskan siapa diri anda pada orang lain: karakteristik dan kekuatan</p>
<b>Body Image</b>	: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dapatkah anda menjelaskan keadaan tubuh anda kepada saya</li><li>2. Apa yang paling anda sukai dari tubuh anda</li><li>3. Apakah ada bagian dari tubuh anda, yang ingin anda rubah</li></ol>
<b>Self esteem</b>	: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dapatkah anda katakan apa yang membuat anda puas</li><li>2. Ingin jadi siapakh anda</li><li>3. Siapa dan apa yang menjadi harapan anda</li><li>4. Apakah harapan itu realistis ?</li><li>5. Signifikan: Apa respon anda, saat anda tidak merasa dicintai dan tidak dihargai</li><li>6. Siapakah yang paling penting bagi anda</li></ol>

	<p>7. Competence: Apa perasaan anda mengenai kemampuan dalam mengerjakan sesuatu untuk kepentingan hidup anda ?</p> <p>8. Virtue: Pada tingkatan mana anda merasa nyaman terhadap jalan hidup bila dihubungkan dengan standar moral yang dianut.</p> <p>9. Power: Pada tingkatan mana anda perlu harus mengontrol apa yang terjadi dalam hidup anda. Apa yang kamu rasakan</p>
<b>Role Performance</b> :	<p>1. Apa yang anda rasakan mengenai kemampuan anda untuk melakukan segala sesuatu sesuai peran anda ? Apakah peran saat ini membuat anda puas ?</p> <p>2. Gangguan konsep diri</p> <p>3. Mekanisme koping jangka pendek (krisis identitas), yaitu aktivitas yang memberi</p> <p>4. Kesempatan lari sementara dari krisis</p> <p>5. Kesempatan mengganti identitas</p> <p>6. Kekuatan atau dukungan sementara terhadap konsep diri (identitas yang kabur)</p> <p>7. Arti dari kehidupan</p> <p>8. Gangguan koping jangka panjang</p> <p>9. Bila koping jangka pendek tidak terselesaikan</p> <p>10. Penyelesaian positif menghasilkan integritas ego, identitas dan keunikan individu, konsep diri yang sehat</p>

## 2. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

Dari pengkajian seluruh komponen konsep diri dapat disimpulkan masalah keperawatan, yaitu;

1. Gangguan harga diri: harga diri rendah situasional atau kronik
2. Gangguan harga diri rendah berhubungan dengan gangguan citra tubuh.
3. Keputusan berhubungan dengan harga diri rendah
4. Gangguan harga diri; harga diri rendah berhubungan dengan idel diri tidak realistis
5. Perubahan penampilan peran berhubungan dengan harga diri rendah
6. Isolasi sosial; menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah.
7. Gangguan identitas personal
8. Ketidak berdayaan
9. Resiko perilaku kekerasan

### **3. TINDAKAN KEPERAWATAN**

Fokus tindakan adalah pada tingkat penilaian kognitif pada kehidupan, yang terdiri dari persepsi, keyakinan dan kepribadian. Kesadaran klien akan emosi dan perasaan nya juga hal yang penting. Setelah mengevaluasi penilaian kognitif dan kesadaran perasaan, klien menyadari masalah dan kemudian merubah perilaku. Prinsip asuhan yang diberikan adalah pemecahan masalah yang terlihat dari kemajuan klien meningkat ke tingkat berikutnya. Meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya. Menurunkan ancaman dari sikap perawat terhadap klien dan membantu klien memperluas dan menerima semua aspek kepribadiannya.

1. Tindakan penerimaan yang tidak kaku.
2. Dengarkan klien
3. Dorong mendiskusikan pikiran dan perasaan klien.
4. Beri respon yang tidak menghakimi
5. Tunjukkan bahwa klien adalah individu yang berharga yang bertanggung jawab terhadap dirinya dan dapat membantu dirinya sendiri.

### **D. LAMPIRAN MODUL**

#### **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN HARGA DIRI RENDAH**

Peristiwa-peristiwa traumatik seperti bencana dan konflik berkepanjangan di yang dialami telah meninggalkan dampak yang serius. Dampak kehilangan-kehilangan tersebut sangat mempengaruhi persepsi individu akan kemampuan dirinya, yang berakibat dapat mengganggu harga diri seseorang. Modul ini berisi panduan agar Mahasiswa dapat menangani pasien dengan masalah keperawatan harga diri rendah baik dengan menggunakan pendekatan secara individual maupun kelompok. Modul ini juga memberikan panduan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga pasien dengan harga diri rendah (Keliat, BA dan Akemat. 2009). Mari mempelajari modul ini.

#### **TUJUAN PEMBELAJARAN**

Setelah mempelajari modul ini saudara diharapkan mampu:

1. Mengkaji data yang terkait masalah harga diri rendah
2. Menetapkan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang dikaji
3. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien
4. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga



5. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menangani masalah harga diri rendah
6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pada pasien dengan harga diri rendah

#### **A. PENGKAJIAN**

Harga diri rendah adalah perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri yang berkepanjangan akibat evaluasi negatif terhadap diri sendiri dan kemampuan diri. Berikut ini adalah tanda dan gejala harga diri rendah:

1. Mengkritik diri sendiri
2. Perasaan tidak mampu
3. Pandangan hidup yang pesimis
4. Penurunan produktifitas
5. Penolakan terhadap kemampuan diri

Selain data diatas, saudara dapat juga mengamati penampilan seseorang dengan harga diri rendah, terlihat dari kurang memperhatikan perawatan diri, berpakaian tidak rapih, selera makan kurang, tidak berani menatap lawan bicara, lebih banyak menunduk, bicara lambat dengan nada suara lemah.

#### **B. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Berdasarkan data diatas, yang didapat melalui observasi, wawancara atau pemeriksaan fisik bahkan melalui sumber sekunder, maka perawat dapat menegakkan diagnosa keperawatan pada pasien sebagai berikut:

**Gangguan Konsep Diri: Harga diri rendah**

#### **C. TINDAKAN KEPERAWATAN**

Langkah kita selanjutnya untuk mengatasi masalah pasien dengan harga diri rendah adalah menetapkan beberapa tindakan keperawatan.

##### **1. TINDAKAN KEPERAWATAN PADA PASIEN**

Langkah- langkah untuk mengatasi masalah pasien dengan harga diri rendah adalah menetapkan beberapa tindakan keperawatan.

<b>Tujuan</b>	Pasien dapat mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki	<p>Untuk membantu pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang masih dimilikinya, perawat dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan bahwa sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien seperti kegiatan pasien di rumah sakit, di rumah, dalam keluarga dan lingkungan adanya keluarga dan lingkungan terdekat pasien.</li> <li>2. Beri pujian yang realistis/nyata dan hindarkan setiap kali bertemu dengan pasien penilaian yang negatif.</li> </ol>
---------------	---	--

Pasien dapat menilai kemampuan yang dapat digunakan	<p>Untuk tindakan tersebut, perawat dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan saat ini.</li> <li>2. Bantu pasien menyebutkannya dan memberi penguatan terhadap kemampuan diri yang diungkapkan pasien.</li> <li>3. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif</li> </ol>
Pasien dapat menetapkan/memilih kegiatan yang sesuai kemampuan	<p>Untuk tindakan tersebut, perawat dapat :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan dengan pasien beberapa kegiatan yang dapat dilakukan dan dipilih sebagai kegiatan yang akan pasien lakukan sehari-hari.</li> <li>2. Bantu pasien menetapkan kegiatan mana yang dapat pasien lakukan secara mandiri, mana kegiatan yang memerlukan bantuan minimal dari keluarga dan kegiatan apa saja yang perlu bantuan penuh dari keluarga atau lingkungan terdekat pasien. Berikan contoh cara pelaksanaan kegiatan yang dapat dilakukan pasien. Susun bersama pasien dan buat daftar kegiatan sehari-hari pasien.</li> </ol>
Pasien dapat melatih kegiatan yang sudah dipilih, sesuai kemampuan	<p>Untuk tindakan keperawatan tersebut perawat dapat melakukan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendiskusikan dengan pasien untuk melatih kemampuan yang dipilih</li> <li>2. Bersama pasien memperagakan kegiatan yang ditetapkan</li> <li>3. Berikan dukungan dan pujian pada setiap kegiatan yang dapat dilakukan pasien.</li> </ol>
Pasien dapat menyusun jadwal untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih	<p>Untuk mencapai tujuan tindakan keperawatan tersebut, perawat dapat melakukan hal-hal berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi kesempatan pada pasien untuk mencoba kegiatan yang telah dilatihkan</li> <li>2. Beri pujian atas kegiatan/kegiatan yang dapat dilakukan pasien setiap hari</li> <li>3. Tingkatkan kegiatan sesuai dengan tingkat toleransi dan perubahan setiap kegiatan</li> <li>4. Susun jadwal untuk melaksanakan kegiatan yang telah dilatih</li> </ol>

**SP 1 Pasien:** Mendiskusikan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien, membantu pasien menilai kemampuan yang masih dapat digunakan, membantu pasien memilih/menetapkan kemampuan yang akan dilatih, melatih kemampuan yang sudah dipilih dan menyusun jadwal pelaksanaan kemampuan yang telah dilatih dalam rencana harian

**Orientasi :**

"Assalamualaikum, bagaimana keadaan T hari ini ? T terlihat segar".

"Bagaimana, kalau kita bercakap-cakap tentang kemampuan dan kegiatan yang pernah T lakukan?Setelah itu kita akan nilai kegiatan mana yang masih dapat T dilakukan di rumah sakit. Setelah kita nilai, kita akan pilih satu kegiatan untuk kita latih"

"Dimana kita duduk ? bagaimana kalau di ruang tamu ? Berapa lama ?Bagaimana kalau 20 menit ?

**Kerja :**

" T, apa saja kemampuan yang T dimiliki? Bagus, apa lagi? Saya buat daftarnya ya! Apa pula kegiatan rumah tangga yang biasa T lakukan? Bagaimana dengan merapikan kamar? Mencuci piring.....dst. "

" Wah, bagus sekali ada lima kemampuan dan kegiatan yang T miliki "

" T, dari lima kegiatan/kemampuan ini, yang mana yang masih dapat dikerjakan di rumah sakit ? Coba kita lihat, yang pertama bisakah, yang kedua.....sampai 5 (misalnya ada 3 yang masih bisa dilakukan), Bagus sekali ada 3 kegiatan yang masih bisa dikerjakan di rumah sakit ini.

"Sekarang, coba T pilih satu kegiatan yang masih bisa dikerjakan di rumah sakit ini". " O yang nomor satu, merapikan tempat tidur?Kalau begitu, bagaimana kalau sekarang kita latihan merapikan tempat tidur T".

Mari kita lihat tempat tidur T. Coba lihat, sudah rapihkah tempat tidurnya?"

"Nah kalau kita mau merapikan tempat tidur, mari kita pindahkan daki bantal dan selimutnya. Bagus ! Sekarang kita angkat spreinya, dan kusurnya kita balik. "Nah, sekarang kita pasang lagi spreinya, kita mulai dari arah atas, ya bagus !. Sekarang sebelah kaki, tarik dan masukkan, lalu sebelah pinggir masukkan. Sekarang ambil bantal, rapikan, dan letakkan di sebelah atas/kepala, Mari kita lipat selimut, nah letakkan sebelah bawah/kaki. Bagus !"

" T sudah bisa merapikan tempat tidur dengan baik sekali. Coba perhatikan bedakah dengan sebelum dirapikan? Bagus "

"Coba T lakukan dan jangan lupa memberi tanda MMM (mandiri) kalau T lakukan tanpa disuruh, tulis B (bantuan) jika diingatkan bisa melakukan, dan T (tidak) melakukan.

**Terminasi :**

"Bagaimana perasaan T setelah kita bercakap-cakap dan latihan merapikan tempat tidur ? Yach, T ternyata banyak memiliki kemampuan yang dapat dilakukan di rumah sakit ini. Salah satunya, merapikan tempat tidur, yang sudah T praktekan dengan baik sekali. Nah kemampuan ini dapat dilakukan juga di rumah setelah pulang."

"Sekarang, mari kita masukkan pada jadwal harian. T. Mau berapa kali sehari merapikan tempat tidur. Bagus, dua kali yaitu pagi-pagi jam berapa ? Lalu sehabis istirahat, jam 16.00"

"Besok pagi kita latihan lagi kemampuan yang kedua. T masih ingat kegiatan apa lagi yang mampu dilakukan di rumah sakit selain merapikan tempat tidur? Ya bagus, cuci piring. kalau begitu kita akan latihan mencuci piring besok jam 8 pagi di dapur ruangan ini sehabis makan pagi Sampai jumpa ya"



**SP 2 Pasien:** Melatih pasien melakukan kegiatan lain yang sesuai dengan kemampuan pasien.

**Orientasi :**

"Assalamualaikum, bagaimana perasaan T pagi ini ? Wah, tampak cerah "

"Bagaimana T, sudah dicoba merapikan tempat tidur sore kemarin/ Tadi pag? Bagus (karena sudah dilakukan, kalau belum bantu lagi, sekarang kita akan latihan kemampuan kedua. Masih ingat apa kegiatan itu T?"

"Ya benar, kita akan latihan mencuci piring di dapur ruangan ini"

"Waktunya sekitar 15 menit. Mari kita ke dapur!"

**Kerja:**

"T, sebelum kita mencuci piring kita perlu siapkan dulu perlengkapannya, yaitu sabun/tapez untuk membersihkan piring, sabun khusus untuk mencuci piring, dan air untuk membas. T bisa menggunakan air yang mengalir dari kran ini. Oh ya jangan lupa sediakan tempat sampah untuk membuang sisa-makanan.

"Sekarang saya perlihatkan dulu ya caranya"

"Setelah semuanya perlengkapan tersedia, T ambil satu piring kotor, lalu buang dulu sisa kotoran yang ada di piring tersebut ke tempat sampah. Kemudian T bersihkan piring tersebut dengan menggunakan sabun/tapes yang sudah diberikan sabun pencuci piring. Setelah selesai disabuni, bilas dengan air bersih sampai tidak ada busa sabun sedikitpun di piring tersebut. Setelah itu T bisa mengeringkan piring yang sudah bersih tadi di rak yang sudah tersedia di dapur. Nah selesai..."

"Sekarang coba T yang melakukan..."

"Bagus sekali, T dapat mempraktikkan cuci piring dengan baik. Sekarang dilap tangannya

**Terminasi :**

"Bagaimana perasaan T setelah latihan cuci piring ?"

"Bagaimana jika kegiatan cuci piring ini dimasukkan menjadi kegiatan sehari-hari

T, Mau berapa kali T mencuci piring? Bagus sekali T mencuci piring tiga kali setelah makan."

"Besok kita akan latihan untuk kemampuan ketiga, setelah merapikan tempat tidur dan cuci piring. Masih ingat kegiatan apakah itu? Ya benar kita akan latihan mengepel"

"Mau jam berapa ? Sama dengan sekarang ? Sampai jumpa "

**Latihan dapat dilanjutkan untuk kemampuan lain sampai semua kemampuan dilatih. Setiap kemampuan yang dimiliki akan menambah harga diri pasien.**

**2. TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA**

Keluarga diharapkan dapat merawat pasien dengan harga diri rendah di rumah dan menjadi sistem pendukung yang efektif bagi pasien.

<b>Tujuan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1) Keluarga membantu pasien mengidentifikasi kemampuan yang dimiliki pasien</li><li>2) Keluarga memfasilitasi pelaksanaan kemampuan yang masih dimiliki pasien</li><li>3) Keluarga memotivasi pasien untuk melakukan kegiatan yang sudah dilatih dan memberikan pujian atas keberhasilan pasien</li><li>4) Keluarga mampu menilai</li></ol>	Untuk tindakan tersebut, perawat dapat : <ol style="list-style-type: none"><li>1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien</li><li>2) Jelaskan kepada keluarga tentang harga diri rendah yang ada pada pasien</li><li>3) Diskusi dengan keluarga kemampuan yang dimiliki pasien dan menyuji pasien atas kemampuannya</li><li>4) Jelaskan cara-cara merawat pasien dengan harga diri rendah</li><li>5) Demontrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah</li></ol>
---------------	---	--



perkembangan perubahan kemampuan pasien

- 6) Beri kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah seperti yang telah perawat demonstrasikan sebelumnya
- 7) Bantu keluarga menyusun rencana kegiatan pasien di rumah

**SP 1 Keluarga:** Mendiskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien di rumah, menjelaskan tentang pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah, menjelaskan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan harga diri rendah, dan memberi kesempatan kepada keluarga untuk mempraktekkan cara merawat

**Orientasi :**

"Assalammu'alaikum !"

"Bagaimana keadaan Bapak/Ibu pagi ini ? "

"Bagaimana kalau pagi ini kita bercakap-cakap tentang cara merawat T? Berapa lama waktu Bp/Ibu? 30 menit? Baik, mari duduk di ruangan wawancara!"

**Kerja :**

"Apa yang bapak/ibu ketahui tentang masalah T"

"Ya memang benar sekali Pak/Bu, T itu memang terlihat tidak percaya diri dan sering menyalahkan dirinya sendiri. Misalnya pada T, sering menyalahkan dirinya dan mengatakan dirinya adalah orang paling bodoh sedunia. Dengan kata lain, anak Bapak/Ibu memiliki masalah harga diri rendah yang ditandai dengan munculnya pikiran-pikiran yang selalu negatif terhadap diri sendiri. Bila keadaan T ini terus menerus seperti itu, T bisa mengalami masalah yang lebih berat lagi, misalnya T jadi malu bertemu dengan orang lain dan memilih mengurung diri"

"Sampai disini, bapak/ibu mengerti apa yang dimaksud harga diri rendah?"

"Bagus sekali bapak/ibu sudah mengerti"

"Setelah kita mengerti bahwa masalah T dapat menjadi masalah serius, maka kita perlu memberikan perawatan yang baik untuk T"

"Bpk/Ibu, apa saja kemampuan yang dimiliki T? Ya benar, dia juga mengatakan hal yang sama kalau sama dengan kemampuan yang dikatakan T)"

"T itu telah berlatih dua kegiatan yaitu merapikan tempat tidur dan cuci piring. Serta telah dibuat jadwal untuk melakukannya. Untuk itu, Bapak/Ibu dapat mengingatkan T untuk melakukan kegiatan tersebut sesuai jadwal. Tolong bantu menyiapkan alat-alatnya, ya Pak/Bu. Dan jangan lupa memberikan pujian agar harga dirinya meningkat. Ajak pula memberi tanda cek list pada jadwal yang kegiatannya".

"Selain itu, bila T sudah tidak lagi dirawat di Rumah sakit, bapak/ibu tetap perlu memantau perkembangan T. Jika masalah harga dirinya kembali muncul dan tidak tertangani lagi, bapak/ibu dapat membawa T ke puskesmas"

"Nah bagaimana kalau sekarang kita praktekkan cara memberikan pujian kepada T"

"Tenus T dan tanyakan kegiatan yang sudah dia lakukan lalu berikan pujian yang yang mengatakan: Bagus sekali T, kamu sudah semakin terampil mencuci piring"

"Coba Bapak/Ibu praktekkan sekarang. Bagus"

**Terminasi :**

"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah percakapan kita ini?"

"Dapatkah Bapak/Ibu jelaskan kembali masalah yang dihadapi T dan bagaimana cara merawatnya?"

"Bagus sekali bapak/Ibu dapat menjelaskan dengan baik. Nah setiap kali Bapak/Ibu kemari lakukan seperti itu. Nanti di rumah juga demikian."

"Bagaimana kalau kita bertemu lagi dua hari mendatang untuk latihan cara memberi pujian langsung kepada T"

"Jam berapa Bp/Ibu datang? Baik saya tunggu. Sampai jumpa."

**SP 2 Keluarga: Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan masalah harga diri rendah langsung kepada pasien****Orientasi:**

"Assalamu'alaikum Pak/Bu"

"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu hari ini?"

"Bapak/Ibu masih ingat latihan merawat anak Bapak/Ibu seperti yang kita pelajari dua hari yang lalu?"

"Baik, hari ini kita akan mempraktekkannya langsung kepada T."

"Waktunya 20 menit".

"Sekarang mari kita temui T"

**Kerja:**

"Assalamu'alaikum T. Bagaimana perasaan T hari ini?"

"Hari ini saya datang bersama orang tua T. Seperti yang sudah saya katakan sebelumnya, orang tua T juga ingin merawat T agar T cepet pulih."

(kemudian saudara berbicara kepada keluarga sebagai berikut)

"Nah Pak/Bu, sekarang Bapak/Ibu bisa mempraktekkan apa yang sudah kita latihan beberapa hari lalu, yaitu memberikan pujian terhadap perkembangan anak Bapak/Ibu"

(Saudara mengobservasi keluarga mempraktekkan cara merawat pasien seperti yang telah dilatihkan pada pertemuan sebelumnya).

"Bagaimana perasaan T setelah berbincang-bincang dengan Orang tua T?"

"Baiklah, sekarang saya dan orang tua T ke ruang perawatan dulu"

(Saudara dan keluarga meninggalkan pasien untuk melakukan terminasi dengan keluarga)

**Terminasi:**

"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita latihan tadi?"

« Mulai sekarang Bapak/Ibu sudah bisa melakukan cara merawat tadi kepada T »

« Tiga hari lagi kita akan bertemu untuk mendiskusikan pengalaman Bapak/Ibu melakukan cara merawat yang sudah kita pelajari. Waktu dan tempatnya sama seperti sekarang. Pak/Bu »

« Assalamu'alaikum »

**SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga****Orientasi**

"Assalamu'alaikum Pak/Bu"

"Karena hari ini T sudah boleh pulang, maka kita akan membicarakan jadwal Tselama di rumah"

"Berapa lama Bpk/Ibu ada waktu? Mari kita bicarakan di kantor"

**Kerja:**

"Pak/Bu ini jadwal kegiatan T selama di rumah sakit. Coba diperhatikan, apakah semua dapat dilaksanakan di rumah?" Pak/Bu, jadwal yang telah dibuat selama T dirawat di rumah sakit tolong dilanjutkan di rumah, baik jadwal kegiatan maupun jadwal minum obatnya."

"Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh T selama di rumah. Misalnya kalau T terus menerus menyakiti diri sendiri dan berpikiran negatif terhadap diri sendiri, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi segera hubungi perawat K di puskesmas Indara Puri. Puskesmas terdekat dari rumah Bapak/Ibu, ini nomor telepon puskesmasnya: (0651) 554xxx

"Selanjutnya perawat K tersebut yang akan memantau perkembangan T selama di rumah

#### **Terminasi:**

"Bagaimana Pak/Bu? Ada yang belum jelas? Ini jadwal kegiatan harian S untuk dibawa pulang. Ini surat rujukan untuk perawat K di PKM Inderapuri. Jangan lupa kontrol ke PKM sebelum obat habis atau ada gejala yang tampak. Silakan selesaikan administrasinya!"

## **D. EVALUASI**

### **1. Kemampuan Pasien Dan Keluarga**

#### **PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA DENGAN MASALAH HARGA DIRI RENDAH**

Nama pasien : .....

Ruangan : .....

Nama Perawat: .....

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda (V) jika pasien mampu melakukan kemampuan dibawah ini
2. Tuliskan tanggal setiap dilakukan supervise

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
<b>A</b>	<b>Pasien</b>							
1	Menyebutkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki							
2	Menilai kemampuan yang masih dapat digunakan							
3	Memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan							
4	Melatih kemampuan yang telah dipilih							
5	Melaksanakan kemampuan yang telah dilatih							
6	Melakukan kegiatan sesuai jadwal							
<b>B</b>	<b>Keluarga</b>							
1	Menjelaskan pengertian serta tanda-tanda orang dengan harga diri rendah							
2	Menyebutkan tiga cara merawat pasien harga diri rendah (memberikan pujian, menyediakan fasilitas untuk pasien, dan melatih pasien melakukan kemampuan)							
3	Mampu mempraktekkan cara merawat pasien							
4	Melakukan follow up sesuai rujukan							

### **2. Kemampuan Perawat**

**PENILAIAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN  
DENGAN HARGA DIRI RENDAH**

Ruangan: .....

Nama Perawat: .....

Petunjuk pengisian:

Penilaian tindakan keperawatan untuk setiap SP menggunakan instrumen penilaian kinerja

Nilai tiap penilaian kinerja masukkan ke tabel pada baris nilai SP.

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
<b>A</b>	<b>Pasien</b>							
	<b>SP I p</b>							
1	Mengidentifikasi kemampuan dan aspek positif yang dimiliki pasien							
2	Membantu pasien menilai kemampuan pasien yang masih dapat digunakan							
3	Membantu pasien memilih kegiatan yang akan dilatih sesuai dengan kemampuan pasien							
4	Melatih pasien sesuai kemampuan yang dipilih							
5	Memberikan pujian yang wajar terhadap keberhasilan pasien							
6	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	<b>Nilai SP I p</b>							
	<b>SP II p</b>							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Melatih kemampuan kedua							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	<b>Nilai SP II p</b>							
<b>B</b>	<b>Keluarga</b>							
	<b>SP I k</b>							
1	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien							
2	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala harga diri rendah yang dialami pasien beserta proses terjadinya							
	<b>Nilai SP I k</b>							
3	Menjelaskan cara-cara merawat pasien harga diri rendah							
	<b>SP II k</b>							
1	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan harga diri rendah							
2	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien harga diri rendah							
	<b>Nilai SP II k</b>							
	<b>SP III k</b>							
1	Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat ( <i>discharge planning</i> )							
2	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang							
	<b>Nilai SP III k</b>							
	<b>Total nilai: SP p + SP k</b>							
	<b>Rata-rata</b>							

**E. DOKUMENTASIKAN ASUHAN KEPERAWATAN**



Pendokumentasian dilakukan dengan menggunakan format yang telah dibuat.

**Latihan 4 : Dokumentasikan hasil pengkajian saudara pada pasien dengan masalah Harga diri rendah menggunakan format yang sudah disediakan**

Berikut ini adalah contoh pendokumentasian pasien harga diri rendah: Coba perawat dokumentasikan pengkajian dan diagnosa keperawatan pasien harga diri rendah menggunakan format yang sudah disediakan

Berikut ini adalah lingkup pengkajian pasien harga diri rendah :

- a. Keluhan utama :.....  
b. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan.....  
c. Konsep diri  
    - Gambaran diri  
    - Ideal diri  
    - Harga diri  
    - Identitas  
    - Peran

Jelaskan :.....

Masalah keperawatan :.....

- d. Alam perasaan  
☐ Sedih                      ☐ Putus asa  
☐ Ketakutan                ☐ Gembira berlebihan

Jelaskan :.....

Masalah keperawatan :.....

- e. Interaksi selama wawancara  
☐ Bermusuhan                      ☐ Tidak kooperatif  
☐ Mudah tersinggung            ☐ Kontak mata kurang  
☐ Defensif                            ☐ Curiga

Jelaskan :.....

Masalah keperawatan :.....

f. Penampilan :

Jelaskan :.....

Masalah keperawatan :.....

**RINGKASAN**

Konsep diri adalah semua ide, pikiran, kepercayaan dan pendirian yang diketahui individu tentang dirinya dan mempengaruhi individu dalam berhubungan dengan orang lain (Stuart dan Sudeen, 1998). Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Pembentukan Konsep Diri adalah; 1) *The significant others*, yaitu orang lain yang kita anggap penting atau biasa Dimana konsep diri dipelajari melalui kontak dan pengalaman dengan orang lain, belajar diri sendiri melalui cermin orang lain dengan cara pandangan diri merupakan interpretasi diri pandangan orang lain terhadap diri sendiri. 2) *Reference group*, yaitu kelompok yang dipakai sebagai acuan. Kelompok tersebut memberi arahan dan pedoman agar kita mengikuti perilaku yang sesuai dengan norma yang berlaku dalam kelompok tersebut, 3) Teori perkembangan. Konsep diri belum ada waktu lahir, kemudian berkembang secara bertahap sejak lahir seperti mulai mengenal dan membedakan dirinya dan orang lain. 4) *Self Perception* (persepsi diri sendiri). Yaitu persepsi individu terhadap diri sendiri dan penilaiannya, serta persepsi individu terhadap pengalamannya akan situasi tertentu (Stuart and Sundeen 1991).

Konsep diri terbagi menjadi beberapa bagian. Pembagian Konsep diri tersebut di kemukakan oleh Stuart and Sundeen (1991), yang terdiri dari:

1. Gambaran diri adalah sikap seseorang terhadap tubuhnya secara sadar dan tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, fungsi penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu yang secara berkesinambungan dimodifikasi dengan pengalaman baru setiap individu (Stuart and Sundeen, 1991).
2. Ideal diri adalah persepsi individu tentang bagaimana ia harus berperilaku berdasarkan standart, aspirasi, tujuan atau penilaian personal tertentu (Stuart and Sundeen, 1991).
3. Peran adalah seperangkat perilaku yang diharapkan secara sosial yang berhubungan dengan fungsi individu pada berbagai kelompok sosial. Tiap individu mempunyai berbagai fungsi peran yang terintegrasi dalam pola fungsi individu. Peran adalah sikap dan perilaku nilai serta tujuan yang diharapkan dari seseorang berdasarkan posisinya di masyarakat (Keliat, 1992).
4. Identitas adalah kesadaran akan diri sendiri yang bersumber dari observasi dan penilaian yang merupakan sintesa dari semua aspek konsep diri sendiri sebagai satu kesatuan yang utuh (Stuart and Sudeen, 1991).
5. Harga diri adalah penilaian pribadi terhadap hasil yang dicapai dengan menganalisa seberapa jauh perilaku memenuhi ideal diri (Stuart and Sundeen, 1991).

Gangguan konsep diri adalah suatu kondisi dimana individu mengalami kondisi pembahasan perasaan, pikiran atau pandangan dirinya sendiri yang negatif. Dari pengkajian seluruh komponen konsep diri dapat disimpulkan masalah keperawatan, yaitu; 1) Gangguan harga diri: harga diri rendah situasional atau kronik, 2) Gangguan citra tubuh ideal diri tidak realitas, 3) Gangguan identitas personal, 4) Perubahan penampilan peran, 5) Ketidak berdayaan, 6) Isolasi social: menatik diri, 7) Resiko perilaku kekerasan, 8) Tindakan pada gangguan konsep diri. Fokus tindakan adalah pada tingkat penilaian kognitif pada kehidupan, yang terdiri dari persepsi, keyakinan dan kepribadian. Kesadaran klien akan emosi dan perasaan nya juga hal yang penting. Setelah mengevaluasi penilaian kognitif dan kesadaran perasaan, klien menyadari masalah dan kemudian

merubah perilaku. Prinsip asuhan yang diberikan adalah pemecahan masalah yang terlihat dari kemajuan klien meningkat keningkat berikutnya. Meningkatkan keterbukaan dan hubungan saling percaya. Menurunkan ancaman dari sikap perawat terhadap klien dan membantu klien memperluas dan menerima semua aspek kepribadiannya adalah; 1) Tindakan penerimaan yang tidak kaku, 2) Dengarkan klien, 3) Dorong mendiskusikan pikiran dan perasaan klien, 4) Beri respon yang tidak menghakimi, dan 5) Tunjukkan bahwa klien adalah individu yang berharga yang bertanggung jawab terhadap dirinya dan dapat membantu dirinya sendiri.

### SOAL LATIHAN

#### **Kasus (untuk soal nomer 1 s/d 13 )**

klien Tn."A" 23 tahun datang ke RSJ DR. Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan keluhan merasa dirinya jelek dan penampilan kurang menarik, ia mengatakan tidak ada yang suka padanya. Klien mengatakan merasa malu dengan keadaan dirinya yang tidak pernah sekolah dan tidak punya kemampuan apa-apa. Perawat mendiskusikan bahwa klien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif, perawat berupaya mengurangi penilaian negatif pada diri klien. Perawat mengkaji *life span history stressor* masa kecil klien. Pada masa kecil sering disalahkan, jarang diberi pujian atas keberhasilannya. Saat ditanya apa rencana setelah pulang klien menjawab "saya tidak ingin apa-apa".

1. Hal berikut merupakan pengertian harga diri rendah yang tidak relevan...
  - a. Perasaan tidak berharga, tidak berarti dan rendah diri
  - b. Akan terjadi jika kehilangan kasih sayang atau perlakuan orang lain yang mengancam
  - c. Tingkat harga diri seseorang berada dalam rentang homogen
  - d. Individu yang memiliki harga diri tinggi cenderung merasa aman
  - e. Individu yang memiliki harga diri rendah melihat lingkungan dengan cara negative
2. Tindakan yang bertujuan mengurangi penilaian negative pada diri klien...
  - a. Mendiskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah aspek positif
  - b. Perlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar aktif
  - c. Mendiskusikan dengan pasien kemampuan yang masih dapat digunakan
  - d. Membantu pasien dapat memilih/menetapkan kegiatan sesuai dengan kemampuan
  - e. Membantu pasien dapat merencanakan kegiatan sesuai kemampuannya dan menyusun rencana kegiatan.
3. Data *life span history stressor* masa kecil HDR yang tidak tepat...
  - a. Jarang diberi pujian atas keberhasilannya

- b. Sering disalahkan
  - c. Masa remaja keberadaanya kurang dihargai
  - d. Memiliki self ideal yang tinggi
  - e. Tidak diberi kesempatan dan tidak diterima
- 4. Data yang menunjukkan rendahnya cita-cita klien pada kasus diatas adalah...
  - a. Saya tidak ingin apa-apa
  - b. Mengatakan tidak ada yang suka padanya
  - c. Merasa malu dengan keadaanya sekarang
  - d. Masa kecil sering disalahkan
  - e. Jarang diberi pujian
- 5. Berdasarkan pohon masalah, dampak paling tinggi dari masalah harga diri rendah adalah...
  - a. Resiko tinggi perilaku kekerasan
  - b. Perubahan sensori persepsi : halusinasi
  - c. Kerusakan komunikasi verbal
  - d. Isolasi sosial : menarik diri
  - e. Koping individu ineftif
- 6. Berikut merupakan perilaku pasien dengan HDR, kecuali...
  - a. Mudah tersinggung
  - b. Penolakan kemampuan diri
  - c. Ideal diri yang tidak realistis
  - d. Pandangan hidup yang pesimis
  - e. Perasaan negative terhadap tubuhnya
- 7. Pada pengkajian harga diri, tanyakan tentang...
  - a. Hubungan klien dengan orang lain sesuai dengan kondisi gambaran diri, identitas diri, peran dan ideal diri
  - b. Orang yang tidak disukai
  - c. Penilaian/penghargaan orang lain terhadap diri dan kehidupannya
  - d. Orang yang berjasa pada klien
- 8. Berikut merupakan komponen pengkajian dari konsep diri...
 

1. <i>Self ideal</i>	3. <i>Self esteem</i>
2. <i>Self identity</i>	4. <i>Body image</i>
- 9. Untuk membantu pasien dapat mengungkapkan kemampuan dan aspek positif yang dimiliki klien, tindakan yang dilakukan perawat adalah...
  - 1. Membina hubungan saling percaya
  - 2. Mendiskusikan bahwa pasien masih memiliki sejumlah kemampuan dan aspek positif yang dimiliki
  - 3. Memperlihatkan respon yang kondusif dan menjadi pendengar yang aktif
  - 4. Member pujian yang realistis dan menghindari penilaian negative
- 10. Klien dapat merencanakan kegiatan sesuai dengan kemampuan yang dimiliki adalah tindakan keperawatan pada klien HDR pada TUK...
  - a. I
  - c. III
  - e. V



- b. II d. IV
11. Klien dapat menilai kemampuan yang masih dapat digunakan adalah tindakan keperawatan pada klien HDR pada TUK...
- a. I c. III e. V
- b. II d. IV
12. Tindakan keperawatan yang bertujuan supaya klien dapat melakukan kegiatan sesuai kondisi dan kemampuannya adalah sebagai berikut...
1. Mendiskusikan kemampuan yang masih dimiliki
2. Memberi kesempatan klien melakukan kegiatan yang direncanakan
3. Menghindari penilaian yang negative
4. Memberi reinforcement atas keberhasilan yang dicapai

## DAFTAR PUSTAKA

- Herdman, T. Heather. 2012. *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. EGC. Jakarta
- Iyer, P.W., et al., 1996. *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Keliat, B.A, 1994. *Seri Keperawatan Gangguan Konsep Diri*, Cetakan II, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Keliat, B.A., 1999. *Proses keperawatan kesehatan jiwa*. Penerbit EGC, Jakarta.
- Keliat, BA dan Akemat. 2009. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. Penerbit ECG, Jakarta.
- Keliat, BA., 1994. *Gangguan Konsep Diri*, Cetakan I, Penerbit EGC , Jakarta
- Kozier, et al., 1997. *Fundamental Of Nursing*. Addison-Wesley Publishing Company, Health Science Division, California.
- Maramis, W.I. 2006. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Ed. 9 Surabaya: Airlangga University Press.
- Nursalam, 2003. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan; Konsep dan Praktek*. Salemba Medika, Jakarta.
- PPNI, 2009. *Standar Praktek Keperawatan*. PPNI, Jakarta.
- Shives, R., 2008. *Basic concept of psychiatric and Mental Health Nursing*. Mosby, St Louis.
- Stuart G. W., & Sundeen, S.J., 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, St Louis: Mosby Year Book
- Stuart, G.W., dan Sundeen, S.J., 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, edisi 3, Penerbit : Buku Kedokteran EGC ; Jakarta.
- Stuart, G.W., dan Sundeen, S.J., 2006. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, edisi 5, Penerbit : Buku Kedokteran EGC , Jakarta.
- Townsend, M.C, 1998. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri (terjemahan)*, Edisi 3, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Varcacolis, E.M., 2000. *Psychiatric Nursing Clinical Guide*, WB Saunder Company, Philadelphia.
- Yosep. Ivus. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Refika Aditama: Bandung.

### BAB 3

#### ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PERILAKU KEKERASAN

<b>STANDAR KOMPETENSI</b>	: Mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan yang sesuai dengan konsep dasar perilaku kekerasan meliputi: definisi, teori perilaku agresi, rentang respon, faktor predisposisi, faktor presipitasi, mekanisme terjadinya perilaku agresi, deteksi potensi agresi, gejala marah, mekanisme koping pada perilaku kekerasan, dan asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan, yang terdiri dari 5 tahap proses asuhan keperawatan.
<b>KOMPETENSI DASAR</b>	: Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Perilaku Kekerasan.
<b>INDIKATOR</b>	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa dapat menyebutkan definisi perilaku kekerasan (C1, A1)</li> <li>2. Mahasiswa dapat menyebutkan teori perilaku agresi (C1, A1)</li> <li>3. Mahasiswa dapat menyebutkan rentang respon perilaku kekerasan (C1, A1)</li> <li>4. Mahasiswa dapat menyebutkan faktor predisposisi perilaku kekerasan C1, A1)</li> <li>5. Mahasiswa dapat menyebutkan faktor presipitasi perilaku kekerasan (C1, A1)</li> <li>6. Mahasiswa dapat menjelaskan mekanisme terjadinya perilaku agresi (C2, A2)</li> <li>7. Mahasiswa dapat menjelaskan deteksi potensi perilaku agresi (C2, A2)</li> <li>8. Mahasiswa dapat menyebutkan gejala-gejala marah (C1, A1)</li> <li>9. Mahasiswa dapat menjelaskan mekanisme koping perilaku kekerasan (C2, A2)</li> <li>10. Mahasiswa dapat menjelaskan asuhan keperawatan jiwa perilaku agresif yang sesuai dengan prinsip 5 tahap proses asuhan keperawatan: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (C2, A2)</li> <li>11. Mahasiswa dapat menjelaskan proses asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan yang sesuai dengan prinsip 5 tahap proses asuhan keperawatan: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (C2, A2)</li> </ol>
<b>MATERI POKOK</b>	: <b>ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PERILAKU KEKERASAN</b>

### **BAB 3**

### **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PERILAKU KEKERASAN**

#### **A. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PERILAKU KEKERASAN**

Konsep dasar keperawatan jiwa pada perilaku kekerasan meliputi: definisi, teori, rentang respon, faktor predisposisi, faktor presipitasi, mekanisme terjadinya perilaku agresi, deteksi potensi agresi, gejala marah, mekanisme koping pada perilaku kekerasan, dan asuhan keperawatan jiwa perilaku kekerasan, yang terdiri dari 5 tahap proses asuhan keperawatan.

##### **1. DEFINISI PERILAKU KEKERASAN**

Kekerasan (*violence*) merupakan suatu bentuk perilaku agresi (*aggressive behavior*) yang menyebabkan atau dimaksudkan untuk menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain, termasuk terhadap hewan atau benda-benda. Ada perbedaan antara agresi sebagai suatu bentuk pikiran maupun perasaan dengan agresi sebagai bentuk perilaku. Agresi adalah suatu respon terhadap kemarahan, kekecewaan, perasaan dendam atau ancaman yang memancing amarah yang dapat membangkitkan suatu perilaku kekerasan sebagai suatu cara untuk melawan atau menghukum berupa tindakan menyerang, merusak hingga membunuh. Agresi tidak selalu diekspresikan berupa tindak kekerasan menyerang orang lain (*assault*) agresivitas terhadap diri sendiri (*self aggression*) penyalahgunaan narkoba (*drugs abuse*) untuk melupakan persoalan hingga tindakan bunuh diri juga merupakan suatu bentuk perilaku agresi. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dibagi dua menjadi perilaku kekerasan secara verbal dan fisik. Sedangkan marah tidak harus memiliki tujuan khusus. Marah lebih menunjuk kepada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah (Stuart dan Sundeen, 1995).



Kemarahan adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman (Keliat, 1996). Ekspresi marah yang segera karena sesuatu penyebab adalah wajar dan hal ini kadang menyulitkan karena secara kultural ekspresi marah tidak diperbolehkan. Oleh karena itu marah sering diekspresikan secara tidak langsung. Sedangkan menurut Depkes RI, Asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan penyakit jiwa, Jilid III Edisi I, hlm 52 tahun 1996: “**Marah** adalah pengalaman emosi yang kuat dari individu dimana hasil/tujuan yang harus dicapai terhambat”. Kemarahan yang ditekan atau pura-pura tidak marah akan mempersulit sendiri dan mengganggu hubungan interpersonal. Pengungkapan kemarahan dengan langsung dan konstruktif pada waktu terjadi akan melegakan individu dan membantu orang lain untuk mengerti perasaan yang sebenarnya. Untuk itu perawat harus pula mengetahui tentang respons kemarahan seseorang dan fungsi positif marah. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan/kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart dan Sundeen, 1995).

## **2. TEORI PERILAKU AGRESI**

Perspektif teoritis perilaku agresi (Keliat, 1996) meliputi:

1. ***Instinct theory***, mengasumsikan bahwa perilaku agresi merupakan suatu insting naluriyah setiap manusia. Menurut teori tersebut setiap manusia memiliki insting kematian (tanatos) yang diekspresikan lewat agresivitas pada diri sendiri maupun pada orang lain. Saat ini teori ini telah banyak ditolak.
2. ***Drive theory***, menekankan bahwa dorongan agresivitas manusia dipicu oleh faktor pencetus eksternal untuk *survive* dalam mempertahankan eksistensinya. Menurut teori tersebut tanpa agresi kita dapat punah atau dipunahkan orang lain, namun teori ini pun banyak disangkal.
3. ***Social learning theory***, menyatakan bahwa perilaku agresi merupakan hasil pembelajaran seseorang sejak masa kanak-kanaknya yang kemudian menjadi pola perilaku (*learned behavior*). Dalam perkembangan konsep teori ini mengasumsikan juga bahwa pola respon agresi seseorang memerlukan stimulus (*impuls*) berupa kondisi sosial lingkungan (faktor psikososial) untuk memunculkan perilaku agresi. Namun bentuk stimulus yang sama tidak selalu



memunculkan bentuk perilaku agresi yang sama pada setiap orang. Dengan kata lain pola perilaku agresi seseorang dibentuk oleh faktor pengendalian diri individu tersebut (*internal control*) serta berbagai stimulus dari luar (*impulses*). Saat keseimbangan antara kemampuan pengendalian diri dan besarnya stimulus terganggu maka akan membangkitkan **perilaku agresi** (Keliat, 1996).

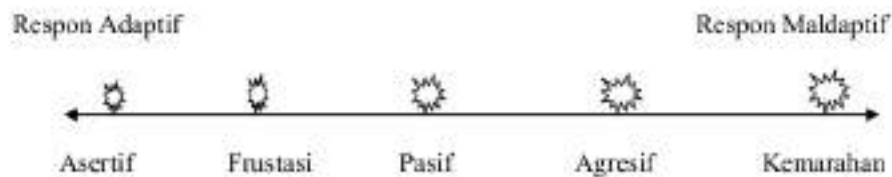
**Agresi sendiri dapat dibedakan dalam 3 kategori yaitu:**

1. **Irritable aggression** merupakan tindak kekerasan akibat ekspresi perasaan marah. Biasanya diinduksi oleh frustrasi dan terjadi karena sirkuit pendek pada proses penerimaan dan memahami informasi dengan intensitas emosional yang tinggi (*directed against an available target*)
2. **Instrumental aggression** adalah suatu tindak kekerasan yang dipakai sebagai alat untuk mencapai suatu tujuan tertentu (misalnya untuk mencapai suatu tujuan politik tertentu dilakukan tindak kekerasan yang dilakukan secara sengaja dan terencana; seperti peristiwa penghancuran menara kembar WTC di New York, tergolong dalam kekerasan instrumental).
3. **Mass aggression** adalah tindakan agresi yang dilakukan oleh massa sebagai akibat kehilangan individualitas dari masing-masing individu. Pada saat massa berkumpul, selalu terjadi kecenderungan kehilangan individualitas orang-orang yang membentuk kelompok massa tersebut. Manakala massa tersebut telah solid, maka bila ada seseorang memelopori melakukan tindak kekerasan maka secara otomatis semua akan ikut melakukan kekerasan yang dapat semakin meningkat karena saling membangkitkan. Pihak yang menginisiasi tindak kekerasan tersebut bisa saja melakukan agresi instrumental (sebagai provokator) maupun agresi permusuhan karena kemarahan tidak terkendali (Keliat, 1996).

### 3. RENTANG RESPON

Kemarahan yang ditekan atau pura-pura tidak marah akan mempersulit sendiri dan mengganggu hubungan interpersonal. Pengungkapan kemarahan dengan langsung dan konstruktif pada waktu terjadi akan melegakan individu dan membantu orang lain untuk mengerti perasaan yang sebenarnya. Untuk itu

perawat harus pula mengetahui tentang respons kemarahan seseorang dan fungsi positif marah. Marah merupakan perasaan jengkel yang timbul sebagai respon terhadap kecemasan/kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dirasakan sebagai ancaman (Stuart dan Sundeen, 1995). Perasaan marah normal bagi tiap individu, namun perilaku yang dimanifestasikan oleh perasaan marah dapat berfluktuasi sepanjang rentang respon adaptif dan maladaptif (Keliat, 1996).



**Bagan:** Rentang Respon Marah (Keliat, 1996).

Kegagalan yang menimbulkan frustrasi dapat menimbulkan respon pasif dan melarikan diri atau respon melawan dan menantang. Respon melawan dan menantang merupakan respon yang maladaptif yaitu agresif – kekerasan. Perilaku yang ditampilkan dimulai dari yang rendah sampai tinggi. Umumnya klien dengan perilaku kekerasan dibawa dengan paksa ke rumah sakit jiwa. Sering tampak diikat secara tidak manusiawi disertai dengan bentakan dan pengawalan oleh sejumlah anggota keluarga bahkan polisi. Perilaku kekerasan seperti memukul anggota keluarga/orang lain, merusak alat rumah tangga dan marah-marah merupakan alasan utama yang paling banyak dikemukakan oleh keluarga. Penanganan yang dilakukan oleh keluarga belum memadai sehingga selama perawatan klien, seyogyanya keluarga mendapatkan pendidikan kesehatan tentang cara merawat klien dengan manajemen perilaku kekerasan (Keliat, 1996).

<b>Assertif</b>	Mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, tanpa merendahkan harga diri orang lain.	<b>Karakter assertif</b> sebagai berikut: <b>1. Moto dan Kepercayaan:</b> Yakin bahwa diri sendiri berharga demikian juga orang lain. Assertif bukan berarti selalu menang, melainkan dapat menangani situasi secara efektif. Aku punya hak. Demikian juga orang lain. <b>2. Pola Komunikasi:</b> Efektif, pendengar yang aktif. Menetapkan batasan dan harapan. Mengatakan pendapat sebagai hasil observasi bukan penilaian. Mengungkapkan diri secara langsung dan jujur. Memperhatikan perasaan orang lain.
-----------------	--	--

3. **Karakteristik:** Tidak menghakimi. Mengamati sikap daripada menilainya. Mempercayai diri sendiri dan orang lain. Percaya diri. Memiliki kesadaran diri. Terbuka, fleksibel dan akomodatif. Selera humor yang baik. Mantap. Proaktif dan Inisiatif. Berorientasi pada tindakan. Realistis dengan cita-cita mereka. Konsisten. Melakukan tindakan yang sesuai untuk mencapai tujuan tanpa melanggar hak-hak orang lain.
4. **Isyarat Bahasa Tubuh (Non-Verbal cues)**  
Terbuka dan gerak-gerik alami. Atentif, ekspresi wajah yang menarik. Kontak mata langsung. Percaya diri. Volume suara yang sesuai. Kecepatan bicara yang beragam.
5. **Isyarat Bahasa (Verbal cues)**
  - a) "Aku memilih untuk ...."
  - b) "Apa opsi-opsi untukku?"
  - c) "Alternatif apa yang kita miliki?"
6. **Konfrontasi dan Pemecahan Masalah**
  - a) Bernegosiasi, menawar, menukar dan kompromi.
  - b) Mengkonfrontir masalah pada saat terjadi.
  - c) Tidak ada perasaan negatif yang muncul.
7. **Perasaan yang dimiliki** yaitu: Antusiasme, Mantap, Rasa percaya diri dan harkat diri, Terus termotivasi, Tahu dimana mereka berdiri. (Keliat, 1996).

Gaya Komunikasi  
Dengan Orang  
Asertif

- Pendekatan yang harus dilakukan terhadap orang-orang dengan karakter asertif ini adalah:
- 1) Hargai mereka dengan mengatakan bahwa pandangan yang akan kita sampaikan barangkali telah pernah dimiliki oleh mereka sebelumnya.
  - 2) Sampaikan topik dengan rinci dan jelas karena mereka adalah pendengar yang baik.
  - 3) Jangan membicarakan sesuatu yang bersifat penghukuman karena mereka adalah orang yang sangat menghargai setiap pendapat orang lain.
  - 4) Berikan mereka kesempatan untuk menyampaikan pokok-pokok pikiran dengan tenang dan runtun.
  - 5) Gunakan intonasi suara variatif karena mereka menyukai hal ini.
  - 6) Berikan beberapa alternatif jika menawarkan sesuatu karena mereka tidak suka sesuatu yang bersifat kaku.
  - 7) Berbicaralah dengan penuh percaya diri agar dapat mengimbangi mereka.



<b>Frustrasi</b>	adalah respons yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan.	Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan.
<b>Pasif</b>	Sikap permisif/pasif adalah respons dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan dialami, sifat tidak berani mengemukakan keinginan dan pendapat sendiri, tidak ingin terjadi konflik karena takut akan tidak disukai atau menyakiti perasaan orang lain	Sikap asertif merupakan ungkapan perasaan, pendapat, dan kebutuhan kita secara jujur dan wajar. Kemampuan untuk bersikap asertif ini sangat penting dimiliki sejak dini, karena hal ini akan membantu kita untuk bersikap tepat menghadapi situasi di mana hak-hak kita dilanggar. Salah satu alasan orang melakukan permisif/pasif adalah karena takut / malas / tidak mau terjadi konflik. Lalu apakah konflik itu? Apakah konflik adalah sesuatu yang negatif? Sekarang tidak jarang kita melihat perusahaan-perusahaan dengan sengaja menciptakan konflik didalam perusahaannya untuk meningkatkan motivasi kerja karyawan (manajemen konflik). Konflik bisa positif bila kita dapat mengatur konflik itu sendiri.
<b>Agresif</b>	Sikap agresif adalah sikap membela diri sendiri dengan cara melanggar hak orang lain.	Perilaku agresif sering bersifat menghukum, kasar, menyalahkan, atau menuntut. Hal ini termasuk mengancam, melakukan kontak fisik, berkata-kata kasar, komentar menyakitkan dan juga menjelek-jelekkan orang lain di belakang. Sikap agresif merupakan perilaku yang menyertai marah namun masih dapat dikontrol oleh individu. Orang agresif biasanya tidak mau mengetahui hak orang lain. Dia berpendapat bahwa setiap orang harus bertarung untuk mendapatkan kepentingan sendiri dan mengharapkan perlakuan yang sama dari orang lain. Agresif memperlihatkan permusuhan, keras dan menuntut, mendekati orang lain dengan ancaman, memberi kata ancaman tanpa niat melukai. Umumnya klien masih dapat mengontrol perilaku untuk tidak melukai orang lain.
<b>Kekerasan</b>	disebut sebagai gaduh gelisah atau amuk	Perilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman melukai disertai melukai ditingkat ringan dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius. Klien tidak mampu mengendalikan diri. Mengamuk adalah rasa marah dan bermusuhan yang kuat disertai kehilangan kontrol diri. Pada keadaan ini individu dapat merusak dirinya sendiri maupun terhadap orang lain (Keliat, 2002).



#### 4. FAKTOR PREDISPOSISI

Berbagai pengalaman yang dialami tiap orang merupakan faktor predisposisi, artinya mungkin terjadi/mungkin tidak terjadi perilaku kekerasan jika faktor berikut dialami oleh individu (Keliat, 1996) adalah:

##### a. Faktor Psikologis

*Psychoanalytical Theory:* Teori ini mendukung bahwa perilaku agresif merupakan akibat dari instinctual drives. Freud berpendapat bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh dua insting. Kesatu insting hidup yang diekspresikan dengan seksualitas; dan kedua, insting kematian yang diekspresikan dengan agresivitas.

*Frustration-agresstion theory:* Teori yang dikembangkan oleh pengikut Freud ini berawal dari asumsi, bahwa bila usaha seseorang untuk mencapai suatu tujuan mengalami hambatan maka akan timbul dorongan agresif yang pada gilirannya akan memotivasi perilaku yang dirancang untuk melukai orang atau objek yang menyebabkan frustrasi. Jadi hampir semua orang melakukan tindakan agresif mempunyai riwayat perilaku agresif.

*Pandangan psikologi lainnya mengenai perilaku agresif:* mendukung pentingnya peran dari perkembangan predisposisi atau pengalaman hidup. Ini menggunakan pendekatan bahwa manusia mampu memilih mekanisme koping yang sifatnya tidak merusak. Beberapa contoh dari pengalaman tersebut:

1. Kerusakan otak organik, retardasi mental, sehingga tidak mampu untuk menyelesaikan secara efektif.
2. *Severe emotional deprivation* atau rejeksi yang berlebihan pada masa kanak-kanak, atau *seduction parental*, yang mungkin telah merusak hubungan saling percaya dan harga diri.
3. Terpapar kekerasan selama masa perkembangan, termasuk *child abuse* atau mengobservasi kekerasan dalam keluarga, sehingga membentuk pola pertahanan atau koping.

##### b. Faktor Sosial Budaya

*Social Learning Theory,* Teori ini mengemukakan bahwa agresi tidak berbeda dengan respon-respon yang lain. Agresi dapat dipelajari melalui observasi atau imitasi, dan semakin sering mendapatkan penguatan, maka semakin besar

kemungkinan untuk terjadi. Jadi seseorang akan berespon terhadap keterbangkitan emosionalnya secara agresif sesuai dengan respon yang dipelajarinya. Pembelajaran ini bisa internal atau eksternal. **Contoh internal:** orang yang mengalami keterbangkitan seksual karena menonton film erotis menjadi lebih agresif dibandingkan mereka yang tidak menonton film tersebut, seorang anak yang marah karena tidak boleh beli es kemudian ibunya memberinya es agar si anak berhenti marah. Anak tersebut akan belajar bahwa bila ia marah maka ia akan mendapatkan apa yang ia inginkan. **Contoh eksternal:** seorang anak menunjukkan perilaku agresif setelah melihat seorang dewasa mengekspresikan berbagai bentuk perilaku agresif terhadap sebuah boneka. Kultural dapat pula mempengaruhi perilaku kekerasan. Adanya norma dapat membantu mendefinisikan ekspresi agresif mana yang dapat diterima atau tidak dapat diterima, sehingga dapat membantu individu untuk mengekspresikan marah dengan cara yang asertif.

**c. Faktor Biologis**

Ada beberapa penelitian membuktikan bahwa dorongan agresif mempunyai dasar biologis. Penelitian neurobiologi mendapatkan bahwa adanya pemberian stimulus listrik ringan pada hipotalamus (yang berada di tengah sistem limbik) binatang ternyata menimbulkan perilaku agresif. Perangsangan yang diberikan terutama pada nukleus periforniks hipotalamus dapat menyebabkan seekor kucing mengeluarkan cakarinya, mengangkat ekornya, mendesis, bulunya berdiri, menggeram, matanya terbuka lebar, pupil berdilatasi, dan hendak menerkam tikus atau objek yang ada di sekitarnya. Jadi kerusakan fungsi sistem limbik (untuk emosi dan perilaku), lobus frontal (untuk pemikiran rasional), dan lobus temporal (untuk interpretasi indera penciuman dan memori). Neurotransmitter yang sering dikaitkan dengan perilaku agresif: serotonin, dopamin, norepinefrin, asetilkolin, dan asam amino GABA. Faktor-faktor yang mendukung adalah; 1) Masa kanak-kanak yang tidak menyenangkan, 2) Sering mengalami kegagalan, 3) Kehidupan yang penuh tindakan agresif, dan 4) Lingkungan yang tidak kondusif (bising, padat).

#### **d. Perilaku**

*Reinforcement* yang diterima pada saat melakukan kekerasan, sering mengobservasi kekerasan di rumah atau diluar rumah, semua aspek ini menstimulasi individu mengadopsi perilaku kekerasan (Keliat, 1996).

### **5. FAKTOR PRESIPITASI**

Secara umum, seseorang akan berespon dengan marah apabila merasa dirinya terancam. Ancaman tersebut dapat berupa injury secara psikis, atau lebih dikenal dengan adanya ancaman terhadap konsep diri seseorang. Ketika seseorang merasa terancam, mungkin dia tidak menyadari sama sekali apa yang menjadi sumber kemarahannya. Oleh karena itu, baik perawat maupun klien harus bersama-sama mengidentifikasinya. Ancaman dapat berupa internal ataupun eksternal. Contoh stresor eksternal: serangan secara psikis, kehilangan hubungan yang dianggap bermakna, dan adanya kritikan dari orang lain. Sedangkan contoh dari stresor internal: merasa gagal dalam bekerja, merasa kehilangan orang yang dicintai, dan ketakutan terhadap penyakit yang diderita. Bila dilihat dari sudut perawat-klien, maka faktor yang mencetuskan terjadinya perilaku kekerasan terbagi dua, yakni:

1. Klien: kelemahan fisik, keputusasaan, ketidakberdayaan, kurang percaya diri.
2. Lingkungan: ribut, kehilangan orang atau objek yang berharga, konflik interaksi sosial.

Faktor presipitasi bersumber dari klien, lingkungan atau interaksi dengan orang lain. Kondisi klien seperti kelemahan fisik (penyakit fisik), keputusasaan, ketidakberdayaan, percaya diri yang kurang dapat menjadi penyebab perilaku kekerasan. Demikian pula dengan situasi lingkungan yang ribut, padat, kritikan yang mengarah pada penghinaan, kehilangan orang yang dicintai/pekerjaan dan kekerasan merupakan faktor penyebab yang lain. Interaksi sosial yang profokatif dan konflik dapat pula pemicu perilaku kekerasan (Keliat, 1996).

### **6. MEKANISME TERJADINYA PERILAKU AGRESI**

Tindak kekerasan pada agresi permusuhan timbul sebagai kombinasi antara frustrasi yang intens dengan stimulus (*impuls*) dari luar sebagai pemicu.

Pada hakekatnya setiap orang potensial untuk melakukan tindak kekerasan. Namun pada kenyataannya ada orang-orang yang mampu menghindari kekerasan selain tidak sedikit pula yang belakangan ini jumlahnya semakin banyak cenderung berespon agresif. Ciri kepribadian (*personality trait*) seseorang sejak masa balita hingga remaja berkembang melalui tahapan perkembangan kognitif (intelektual), respon perasaan dan pola perilaku yang terbentuk melalui interaksi faktor herediter, gen, karakter temperamen (*nature*) dan faktor pola asuh, pendidikan, kondisi sosial lingkungan (*nurture*), yang membentuk ciri kepribadiannya di masa dewasa. Pola kepribadian tersebut yang membentuk refleksi respon pikiran dan perasaan seseorang saat menerima stimulus dari luar, khususnya pada saat kondisi menerima stimulus 'ancaman'. Bila refleksi yang telah terpolakan berupa tindakan kekerasan maka saat menghadapi situasi 'ancaman' respon yang muncul adalah tindak kekerasan. Area di otak manusia yang menjadi pusat emosi adalah pada 'sirkuit sistem limbik' yang meliputi thalamus, hypothalamus, amygdala, hippocampus. **Amygdala** menjadi organ pusat perilaku agresif. Penelitian Bauman, dkk menunjukkan bahwa stimulasi pada amygdala mencetuskan perilaku agresif sedangkan organ **hypothalamus** berperan dalam pengendalian perilaku agresif. Setiap stimulus dari luar yang diterima melalui reseptor panca-indra manusia diolah lalu dikirim dalam bentuk pesan ke thalamus lalu ke hypothalamus selanjutnya ke amygdala (sirkuit sistem limbik) yang kemudian menghasilkan respon tindakan. Dalam keadaan darurat, misalnya pada saat panik atau marah pesan stimulus yang datang di thalamus terjadi hubungan pendek (*short circuit*) langsung ke **amygdala** tanpa pengolahan rasional di hypothalamus. Amygdala mengolah sesuai isi memori yang biasa direkamnya, sebagai contoh: bila sejak kecil anak-anak diberi input kekerasan, maka amygdala sebagai pusat penyimpanan memori emosional akan merekam dan menciptakan reaksi pada saat terjadi sirkuit pendek sesuai pola yang telah direkamnya yakni tindak kekerasan.

Kualitas dan intensitas interaksi antara anggota keluarga akan menentukan apakah seseorang akan mempunyai kecenderungan agresif atau tidak. Bila sejak kecil anak-anak mendapat perlakuan kekerasan, baik melalui kata-kata (verbal) maupun tindakan (perilaku), maka akan membentuk pola kekerasan dalam dirinya. Bila dalam lingkungan keluarga dibangun iklim *assertiveness* yakni



keterbukaan, kebersamaan, dialog, sikap empati, maka akan terbentuk pola refleksi yang *assertive* bukan pola *agressiveness*. Kondisi *assertive* akan mengurangi terbentuknya sirkuit pendek agresi dan dapat menumbuh kembangkan kecerdasan rasional, kecerdasan emosional dan kecerdasan spiritual sebab eksistensi humanisme manusia merupakan hasil interaksi kecerdasan rasional (IQ) aspek fisik kecerdasan emosional (EQ) yang merupakan aspek mental (psiko-edukatif) kecerdasan spiritual (Keliat, 2002).

## 7. DETEKSI POTENSI AGRESI

Cara melakukan deteksi potensi agresi adalah dijabarkan dengan singkatan **POSTAL** = *Profile + Observable Warning Sign + Shotgun + Triggering Event = Always Lethal* (Keliat, 1996) adalah sebagai berikut:

<b>P = Profil</b>	Profil seseorang yang potensial melakukan tindak kekerasan ( <i>potentially violent persons</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Riwayat perilaku kekerasan, khususnya pada mereka yang rentan seperti pada wanita, anak-anak, hewan.</li> <li>2) Penyendiri, pemalu, pendiam; merasa tidak ada yang peduli pada dirinya (<i>feels nobody listen to him</i>)</li> <li>3) Penyalahguna narkoba (<i>substance abuser</i>) alkoholik</li> <li>4) Frustrasi dalam pekerjaannya</li> <li>5) Hubungan relasi buruk dengan orang lain</li> </ol>
<b>O = Observable warning signs</b>	Tanda-tanda yang dapat diamati ( <i>observable warning signs</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Biasa menyelesaikan konflik dengan cara kekerasan dan sikap permusuhan (<i>hostility</i>)</li> <li>2) Sering menunjukkan perilaku aneh (<i>strange behavior</i>)</li> <li>3) Sedang mengalami problem emosional, stress, depresi tanpa terapi medis</li> <li>4) Problem interpersonal, hypersensitivity</li> <li>5) Indikasi kecenderungan ingin bunuh diri (<i>tentament suicide</i>)</li> </ol>
<b>S = Shotgun</b>	Memiliki senjata api ( <i>shotgun</i> )	Pemilik senjata api ( <i>access to and familiarity with weapons</i> )
<b>T = Triggering event</b>	Peristiwa pencetus ( <i>triggering event</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengalami pemutusan hubungan kerja, kehilangan lahan pencarian, kegagalan usaha (mengalami kebangkrutan)</li> <li>2) Mengalami tindakan indisipliner, kritik dari atasan di pekerjaan tanpa dapat menerima dan menyadari alasan kesalahannya</li> <li>3) Mengalami masalah krisis personal (perceraian, kematian anggota keluarga)</li> </ol>

(Keliat, 1996).

Beberapa kiat pendekatan pada seseorang yang potensial melakukan tindak kekerasan adalah sebagai berikut:

1. Memahami pola pikiran (*the mindset*) seseorang dengan hostilitas dan potensial melakukan tindak kekerasan. Seseorang pada hakikatnya membutuhkan kesempatan untuk dapat menyampaikan pendapatnya, berikan kesempatan ia untuk mengutarakan isi pikiran sekalipun pemahamannya menyimpang.
2. Sikap empati.
3. Hindari sikap konfrontatif mengancam.
4. Alternatif solusi penyelesaian masalah (Merumuskan pemecahan masalah yang menjadi resolusi dan mungkin mengejutkan Anda bahwa orang saran mungkin sangat wajar.
5. Bergerak ke arah yang win-win resolusi. Preseve individu martabat. Mengalihkan fokus dari apa yang Anda tidak dapat melakukan apa yang dapat Anda menuju (Keliat, 1996).

## 8. GEJALA – GEJALA MARAH

Kemarahan dinyatakan dalam berbagai bentuk, ada yang menimbulkan pengrusakan, tetapi ada juga yang hanya diam seribu bahasa. Gejala-gejala atau perubahan yang timbul pada klien dalam keadaan marah diantaranya adalah:

<b>Perubahan fisiologik</b>	Tekanan darah meningkat, denyut nadi dan pernapasan meningkat, pupil dilatasi, tonus otot meningkat, mual, frekuensi buang air besar meningkat, kadang-kadang konstipasi, refleks tendon tinggi.
<b>Perubahan emosional</b>	Mudah tersinggung, tidak sabar, frustrasi, ekspresi wajah nampak tegang, bila mengamuk kehilangan kontrol diri.
<b>Perubahan perilaku</b>	Agresif pasif, menarik diri, bermusuhan, sinis, curiga, mengamuk, nada suara keras dan kasar.
<b>Perilaku</b>	Perilaku yang berkaitan dengan perilaku kekerasan antara lain: 1) Menyerang atau menghindar ( <i>fight of flight</i> ), Pada keadaan ini respon fisiologis timbul karena

kegiatan sistem saraf otonom beraksi terhadap sekresi epinephrin yang menyebabkan tekanan darah meningkat, takikardi, wajah merah, pupil melebar, sekresi HCl meningkat, peristaltik gaster menurun, pengeluaran urine dan saliva meningkat, konstipasi, kewaspadaan juga meningkat disertai ketegangan otot, seperti rahang terkatup, tangan dikepal, tubuh menjadi kaku dan disertai reflek yang cepat.

- 2) Menyatakan secara asertif (*assertiveness*), Perilaku yang sering ditampilkan individu dalam mengekspresikan kemarahannya yaitu dengan perilaku pasif, agresif dan asertif. Perilaku asertif adalah cara yang terbaik untuk mengekspresikan marah karena individu dapat mengekspresikan rasa marahnya tanpa menyakiti orang lain secara fisik maupun psikologis. Di samping itu perilaku ini dapat juga untuk pengembangan diri klien.
- 3) Memberontak (*acting out*), Perilaku yang muncul biasanya disertai akibat konflik perilaku "acting out" untuk menarik perhatian orang lain.
- 4) Perilaku kekerasan, Tindakan kekerasan atau amuk yang ditujukan kepada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan

## 9. MEKANISME KOPING

Mekanisme koping adalah tiap upaya yang diarahkan pada penatalaksanaan stress, termasuk upaya penyelesaian masalah langsung dan mekanisme pertahanan yang digunakan untuk melindungi diri. (Stuart dan Sundeen, 1998). Kemarahan merupakan ekspresi dari rasa cemas yang timbul karena adanya ancaman. Beberapa mekanisme koping yang dipakai pada klien marah untuk melindungi diri antara lain (Maramis, 1998):

### Sublimasi

Menerina suatu sasaran pengganti yang mulia artinya di mata masyarakat untuk suatu dorongan yang mengalami hambatan penyalurannya secara normal. Misalnya seseorang yang sedang marah melampiaskan kemarahannya pada obyek lain seperti meremas adonan kue, meninju tembok dan sebagainya, tujuannya adalah untuk mengurangi ketegangan akibat rasa marah.

### Proyeksi

Menyalahkan orang lain mengenai kesukarannya atau keinginannya yang tidak baik. Misalnya seseorang wanita muda yang menyangkal bahwa ia mempunyai perasaan



	seksual terhadap rekan sekerjanya, berbalik menuduh bahwa temannya tersebut mencoba merayu, mencumbunya.
<b>Represi</b>	Mencegah pikiran yang menyakitkan atau membahayakan masuk ke alam sadar. Misalnya seseorang anak yang sangat benci pada orang tuanya yang tidak disukainya. Akan tetapi menurut ajaran atau didikan yang diterimanya sejak kecil bahwa membenci orang tua merupakan hal yang tidak baik dan dikutuk oleh Tuhan, sehingga perasaan benci itu ditekannya dan akhirnya ia dapat melupakannya.
<b>Reaksi formasi</b>	Mencegah keinginan yang berbahaya bila diekspresikan, dengan melebih-lebihkan sikap dan perilaku yang berlawanan dan menggunakannya sebagai rintangan. Misalnya seorang yang tertarik pada teman suaminya, akan memperlakukan orang tersebut dengan kasar.
<b>Displacement</b>	Melepaskan perasaan yang tertekan biasanya bermusuhan, pada obyek yang tidak begitu berbahaya seperti yang pada mulanya yang membangkitkan emosi itu. Misalnya Timmy berusia 4 tahun marah karena ia baru saja mendapat hukuman dari ibunya karena menggambar di dinding kamarnya. Dia mulai bermain perang-perangan dengan temannya.

## **B. ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PERILAKU AGRESIF**

Standar asuhan keperawatan atau standar praktek keperawatan mengacu pada standar praktek profesional dan standar kinerja profesional. Standar praktek profesional di Indonesia telah dijabarkan oleh (PPNI, 2009). Standar praktek profesional tersebut juga mengacu pada proses keperawatan jiwa terdiri dari lima tahap standar yaitu: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis, 3) Perencanaan, 4) Pelaksanaan (Implementasi), dan 5) Evaluasi (PPNI, 2009).

### **1. PENGKAJIAN**

Pengkajian adalah Merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Iyer *et.al.*, 1996). Seorang perawat harus berjaga-jaga terhadap adanya peningkatan agitasi pada klien, hierarki perilaku agresif dan kekerasan.



Disamping itu, perawat harus mengkaji pula afek klien yang berhubungan dengan perilaku agresif (Yosep, Iyus., 2007).

Kelengkapan pengkajian : dapat membantu perawat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membangun hubungan yang terapeutik dengan klien.</li> <li>2. Mengkaji perilaku klien yang berpotensi kekerasan.</li> <li>3. Mengembangkan suatu perencanaan.</li> <li>4. Mengimplementasikan perencanaan.</li> <li>5. Mencegah perilaku agresif dan kekerasan dengan terapi.</li> </ol>
bila klien dianggap hendak melakukan kekerasan, maka perawat harus	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melaksanakan prosedur klinik yang sesuai untuk melindungi klien dan tenaga kesehatan</li> <li>2. Beritahu ketua tim</li> <li>3. Bila perlu, minta bantuan keamanan</li> <li>4. Kaji lingkungan dan buat perubahan yang perlu</li> <li>5. Beritahu dokter dan kaji PRN untuk pemberian obat.</li> </ol>
Perilaku yang berhubungan dengan agresi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Agitasi motorik</i>: bergerak cepat, tidak mampu duduk diam, memukul dengan tinju kuat, mengapit kuat, respirasi meningkat, membentuk aktivitas motorik tiba-tiba (katatonis).</li> <li>2. <i>Verbal</i>: mengancam pada objek yang tidak nyata, mengacau minta perhatian, bicara keras-keras, menunjukkan adanya delusi pikiran paranoid.</li> <li>3. <i>Afek</i>: marah, permusuhan, kecemasan yang ekstrim, mudah terangsang, <i>euphoria</i> tidak sesuai atau berlebihan, afek labil.</li> <li>4. <i>Tingkat kesadaran</i>: bingung, status mental berubah tiba-tiba, disorientasi, kerusakan memori, tidak mampu dialihkan.</li> </ol>
Pada pengkajian awal dapat diketahui alasan utama klien dibawa ke rumah sakit adalah perilaku kekerasan di rumah. Kemudian perawat dapat melakukan pengkajian dengan cara:	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi: muka merah, pandangan tajam, otot tegang, nada suara tinggi, berdebat. Sering pula tampak klien memaksakan kehendak : merampas makanan, memukul jika tidak senang.</li> <li>2. Wawancara: diarahkan pada penyebab marah, perasaan marah, tanda-tanda marah yang dirasakan klien.</li> </ol> <p>(Yosep, Iyus, 2007).</p>

## 2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Diagnosa keperawatan yang muncul (Yosep, Iyus., 2007) adalah sebagai berikut:

- a) Resiko mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan
- b) Perilaku kekerasan
- c) Gangguan konsep diri: Harga diri rendah

## 3. RENCANA INTERVENSI KEPERAWATAN

Rencana intervensi keperawatan di sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul setelah melakukan pengkajian dan rencana intervensi keperawatan dilihat pada tujuan khusus(Yosep, Iyus., 2007) sebagai berikut:

<b>DIAGNOSA</b>	:	<b>Resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan berhubungan dengan perilaku kekerasan/amuk</b>
<b>TUJUAN UMUM</b>	:	Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungannya
<b>TUJUAN KHUSUS</b> Klien dapat membina hubungan saling percaya.	:	<b>Rencana Tindakan:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Bina hubungan saling percaya : salam terapeutik, empati, sebut nama perawat dan jelaskan tujuan interaksi.</li><li>2) Panggil klien dengan nama panggilan yang disukai.</li><li>3) Bicara dengan sikap tenang, rileks dan tidak merantang.</li><li>4) Jelaskan tentang kontrak yang akan dibuat.</li><li>5) Beri rasa aman dan sikap empati.</li><li>6) Lakukan kontak singkat tapi sering.</li></ol>
Klien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan.	:	<b>Rencana Tindakan:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Beri kesempatan mengungkapkan perasaan.</li><li>2) Bantu klien mengungkapkan perasaan jengkel/ kesal.</li><li>3) Dengarkan ungkapan rasa marah dan perasaan bermusuhan klien dengan sikap tenang.</li></ol>
Klien dapat mengidentifikasi tanda tanda perilaku kekerasan.	:	<b>Rencana Tindakan:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Anjurkan klien mengungkapkan yang dialami dan dirasakan saat jengkel/kesal.</li><li>2) Observasi tanda perilaku kekerasan.</li><li>3) Simpulkan bersama klien tanda tanda jengkel / kesal yang dialami klien.</li></ol>
Klien dapat mengidentifikasi perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.	:	<b>Rencana Tindakan:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Anjurkan mengungkapkan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan.</li></ol>

		2) Bantu bermain peran sesuai dengan perilaku kekerasan yang biasa dilakukan. 3) Tanyakan apakah dengan cara yang dilakukan masalahnya selesai?"
Klien dapat mengidentifikasi akibat perilaku kekerasan.	:	<b>Rencana Tindakan:</b> 1) Bicarakan akibat/kerugian dari cara yang dilakukan. 2) Bersama klien menyimpulkan akibat dari cara yang digunakan. 3) Tanyakan apakah ingin mempelajari cara baru yang sehat.
Klien dapat mengidentifikasi cara konstruktif dalam berespon terhadap kemarahan.	:	<b>Rencana Tindakan:</b> 1) Tanyakan kepada klien apakah ia ingin mempelajari cara baru yang sehat. 2) Beri pujian jika mengetahui cara lain yang sehat. 3) Diskusikan dengan klien cara lain yang sehat. a) Secara fisik: tarik nafas dalam jika sedang kesal, berolah raga, memukul bantal/kasur atau pekerjaan yang memerlukan tenaga. b) Secara verbal: katakan bahwa anda sedang marah atau kesal/ tersinggung. c) Secara sosial: lakukan dalam kelompok cara marah yang sehat, latihan asertif, latihan manajemen perilaku kekerasan. d) Secara spiritual: berdoa, sembahyang, memohon kepada Tuhan untuk diberi kesabaran.
Klien dapat mendemonstrasikan cara mengontrol perilaku kekerasan	:	<b>Rencana Tindakan:</b> 1) Bantu memilih cara yang paling tepat. 2) Bantu mengidentifikasi manfaat cara yang telah dipilih. 3) Bantu mensimulasikan cara yang telah dipilih. 4) Beri reinforcement positif atas keberhasilan yang dicapai dalam simulasi. 5) Anjurkan mengurakan cara yang telah dipilih saat jengkel/ marah. 6) Susun jadwal melakukan cara yang telah dipilih
Klien dapat menggunakan obat dengan benar (sesuai program).	:	<b>Rencana Tindakan:</b> 1) Jelaskan jenis – jenis obat yang diminum klien pada klien dan keluarga. 2) Diskusikan manfaat minum obat dan kerugian berhenti minum obat tanpa seizin dokter. 3) Jelaskan prinsip 5 benar minum obat (nama klien, obat, dosis, cara dan waktu). 4) Anjurkan untuk membicarakan efek dan efek samping obat yang perlu diperhatikan. 5) Anjurkan klien melaporkan pada perawat /dokter jika merasakan efek yang tidak menyenangkan. 6) Beri pujian jika klien minum obat dengan benar.



Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam mengontrol perilaku kekerasan	:	<b>Rencana Tindakan:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi kemampuan keluarga merawat klien dari sikap apa yang telah dilakukan keluarga selama ini.</li> <li>2) Jelaskan peran serta keluarga dalam merawat klien.</li> <li>3) Jelaskan cara – cara merawat klien               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Cara mengontrol perilaku marah secara konstruktif.</li> <li>b) Sikap tenang, bicara tenang dan jelas.</li> <li>c) Membantu klien mengenal penyebab ia marah.</li> </ol> </li> <li>4) Bantu keluarga mendemonstrasikan cara merawat klien.</li> <li>5) Bantu keluarga mengungkapkan perasaannya setelah melakukan demonstrasi</li> </ol>
Klien mendapat perlindungan dari lingkungan untuk mengontrol perilaku kekerasan	:	<b>Rencana Tindakan:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bicara tenang, gerakan tidak terburu-buru, nada suara rendah, tunjukkan kepedulian</li> <li>2) Lindungi agar klien tidak mencederai orang lain dan lingkungan</li> <li>3) Jika tidak dapat diatasi, lakukan</li> <li>4) Pembatasan gerak atau pengkekangan (Yosep, Iyus., 2007).</li> </ol>

#### 4. INTERVENSI KEPERAWATAN

Perawat dapat mengimplementasikan berbagai intervensi untuk mencegah dan memenejemen perilaku agresif. Intervensi dapat melalui rentang intervensi keperawatan (Yosep, Iyus., 2007) adalah sebagai berikut.

I. Strategi preventif	Kesadaran Diri	Perawat harus menyadari bahwa stres yang dihadapinya dapat mempengaruhi komunikasinya dengan klien. Bila perawat tersebut merasa letih, cemas, marah, atau apatis maka akan sulit baginya untuk membuat klien tertarik. Oleh karenanya, bila perawat itu sendiri dipenuhi dengan masalah, maka energi yang dimilikinya bagi klien menjadi berkurang. Untuk mencegah semua itu, maka perawat harus terus-menerus meningkatkan kesadaran dirinya dan melakukan supervisi dengan memisahkan antara masalah pribadi dan masalah klien.
	Pendidikan Klien	Pendidikan yang diberikan mengenai cara berkomunikasi dan cara mengekspresikan marah yang tepat. Banyak klien yang mengalami kesulitan mengekspresikan perasaannya, kebutuhan, hasrat, dan bahkan kesulitan mengomunikasikannya semua ini kepada orang lain. Jadi dengan perawat berkomunikasi



	<b>Latihan Asertif</b>	<p>diharapkan agar klien mau mengekspresikan perasaannya, lalu perawat menilai apakah respon yang diberikan klien adaptif atau maladaptif. Kemampuan dasar interpersonal yang harus dimiliki perawat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berkomunikasi secara langsung dengan setiap orang.</li> <li>2. Mengatakan 'tidak' untuk sesuatu yang tidak beralasan</li> <li>3. Sanggup melakukan komplain</li> <li>4. Mengekspresikan penghargaan dengan tepat</li> <li>5. <i>Komunikasi</i></li> </ol>
<b>2. Strategi antisipatif</b>	<b>Strategi komunikasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Bersikap tenang</li> <li>b) Bicara lembut</li> <li>c) Bicara tidak dengan cara menghakimi</li> <li>d) Bicara netral dan dengan cara yang konkrit</li> <li>e) Tunjukkan respek pada klien</li> <li>f) Hindari intensitas kontak mata langsung</li> <li>g) Demonstrasikan cara mengontrol situasi tanpa kesan berlebihan</li> <li>h) Fasilitasi pembicaraan klien</li> <li>i) Dengarkan klien</li> <li>j) Jangan terburu-buru menginterpretasikan</li> <li>k) Jangan buat janji yang tidak dapat perawat tepati.</li> </ol>
	<b>Perubahan lingkungan</b>	Unit perawatan sebaiknya menyediakan berbagai aktivitas seperti membaca, grup program yang dapat mengurangi perilaku klien yang tidak sesuai dan meningkatkan adaptasi sosialnya.
	<b>Tindakan perilaku</b>	Pada dasarnya membuat kontrak dengan klien mengenai perilaku yang dapat diterima dan yang tidak dapat diterima, konsekuensi yang didapat bila kontrak dilanggar, dan apa saja kontribusi perawat selama perawatan.
	<b>Psiko farmakologi</b>	<i>Antianxiety dan Sedative-Hypnotics.</i> Obat-obatan ini dapat mengendalikan agitasi yang akut. <i>Benzodiazepines</i> seperti <i>Lorazepam</i> dan <i>Clonazepam</i> , sering digunakan dalam kedaruratan psikiatrik untuk menenangkan perlawanan klien. Tapi obat ini tidak direkomendasikan untuk penggunaan dalam waktu lama karena dapat menyebabkan kebingungan dan ketergantungan, juga bisa memperburuk <i>symptom</i> depresi. Selanjutnya,

pada beberapa klien yang mengalami *disinhibiting effect* dari *benzodiazepines*, dapat mengakibatkan peningkatan perilaku agresif. *Buspirone* obat *anxiety*, efektif dalam mengendalikan perilaku kekerasan yang berkaitan dengan kecemasan dan depresi. Ini ditunjukkan dengan menurunnya perilaku agresif dan agitasi klien dengan cedera kepala, demensia, dan *developmental disability*.

**Antidepressants**, penggunaan obat ini mampu mengontrol impulsif dan perilaku agresif klien yang berkaitan dengan perubahan *mood*. *Amitriptyline* dan *Trazodone*, efektif untuk menghilangkan agresivitas yang berhubungan dengan cedera kepala dan gangguan mental organik. *Mood Stabilizers*, penelitian menunjukkan bahwa pemberian *Lithium* efektif untuk agresif karena manik. Pada beberapa kasus, pemberiannya untuk menurunkan perilaku agresif yang disebabkan oleh gangguan lain seperti RM, cedera kepala, skizofrenia, gangguan kepribadian. Pada klien dengan epilepsi *lobus temporal*, bisa meningkatkan perilaku agresif. Pemberian *Carbamazepines* dapat mengendalikan perilaku agresif pada klien dengan kelainan (*electroencephalograms*).

**Antipsychotic**, obat-obatan ini biasanya dipergunakan untuk perawatan perilaku agresif. Bila agitasi terjadi karena delusi, halusinasi, atau perilaku psikotik lainnya, maka pemberian obat ini dapat membantu, namun diberikan hanya untuk 1-2 minggu sebelum efeknya dirasakan. Medikasi lainnya, banyak kasus menunjukkan bahwa pemberian *Naltrexone* (*antagonis opiat*), dapat menurunkan perilaku mencederai diri. *Betablockers* seperti *Propanolol* dapat menurunkan perilaku kekerasan pada anak dan pada klien dengan gangguan mental organik.

### 3. Strategi Manajemen pengurangan kritis

Bila pada waktu intervensi awal tidak berhasil, maka diperlukan intervensi yang lebih aktif. Prosedur penanganan kedaruratan psikiatrik. Identifikasi pemimpin tim krisis. Sebaiknya dari perawat karena yang bertanggung jawab selama 24 jam. Bentuk tim krisis. Meliputi dokter, perawat, dan konselor. Beritahu petugas keamanan jika perlu. Ketua tim harus menjelaskan apa saja yang menjadi tugasnya

selama penanganan klien. Jauhkan klien lain dari lingkungan. Lakukan pengekangan, jika memungkinkan. Pikirkan suatu rencana penanganan krisis dan beritahu tim. Tugaskan anggota tim untuk mengamankan anggota tubuh klien. Jelaskan perlunya intervensi tersebut kepada klien dan upayakan untuk kerja sama. Pengekangan klien jika diminta oleh ketua tim krisis. Ketua tim harus segera mengkaji situasi lingkungan sekitar untuk tetap melindungi keselamatan klien dan timnya. Berikan obat jika diinstruksikan. Pertahankan pendekatan yang tenang dan konsisten terhadap klien. Tinjau kembali intervensi penanganan krisis dengan tim krisis. Proses kejadian dengan klien lain dan staf harus tepat. Secara bertahap mengintegrasikan kembali klien dengan lingkungan.

**Seclusion/  
Pengekangan Fisik**

Merupakan tindakan keperawatan yang terakhir. Ada dua macam, pengekangan fisik secara mekanik (menggunakan manset, sprei pengekang) atau isolasi (menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri).  
Jenis pengekangan mekanik:

1. *Camisoles* (jaket pengekang)
2. Manset untuk pergelangan tangan
3. Manset untuk pergelangan kaki
4. Menggunakan sprei

**Indikasi pengekangan**

1. Perilaku amuk yang membahayakan diri sendiri atau orang lain
2. Perilaku agitasi yang tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan
3. Ancaman terhadap integritas fisik yang berhubungan dengan penolakan klien untuk istirahat, makan, dan minum
4. Permintaan klien untuk pengendalian perilaku eksternal. Pastikan tindakan ini telah dikaji dan berindikasi terapeutik.

**Pengekangan dengan sprei basah atau dingin**

Klien dapat dimobilisasi dengan membalutnya seperti mumi dalam lapisan sprei dan selimut. Lapisan paling dalam terdiri atas sprei yang telah direndam dalam air es. Walaupun mula-mula terasa dingin, balutan segera menjadi hangat dan menenangkan. Hal ini dilakukan pada perilaku amuk atau agitasi yang tidak dapat dikendalikan



dengan obat;

- 1) Baringkan klien dengan pakaian rumah sakit di atas tempat tidur yang tahan air
- 2) Balutkan sprei pada tubuh klien dengan rapi dan pastikan bahwa permukaan kulit tidak saling bersentuhan
- 3) Tutupi sprei basah dengan selapis selimut
- 4) Amati klien dengan konstan
- 5) Pantau suhu, nadi, dan pernafasan. Jika tampak sesuatu yang bermakna, buka pengeckangan
- 6) Berikan cairan sesering mungkin
- 7) Pertahankan suasana lingkungan yang tenang
- 8) Kontak verbal dengan suara yang menenangkan
- 9) Lepaskan balutan setelah lebih kurang 2 jam.
- 10) Lakukan perawatan kulit sebelum membantu klien berpakaian.

#### ***Restrain***

Tujuan tindakan keperawatan adalah memonitor alat *restrain* mekanik atau *restrain* manual terhadap pergerakan klien. Dapatkan ijin dokter bila diharuskan karena kebijakan institusi.

#### ***Isolasi***

Adalah menempatkan klien dalam suatu ruangan dimana klien tidak dapat keluar atas kemauannya sendiri. Tingkatan pengisolasian dapat berkisar dari penempatan dalam ruangan yang tertutup tapi tidak terkunci sampai pada penempatan dalam ruang terkunci dengan kasur tanpa sprei di lantai, kesempatan berkomunikasi yang dibatasi, dan klien memakai pakaian RS atau kain terpal yang berat. Indikasi penggunaan:

- a) Pengendalian perilaku amuk yang potensial membahayakan klien atau orang lain dan tidak dapat dikendalikan oleh orang lain dengan intervensi pengendalian yang longgar, seperti kontak interpersonal atau pengobatan.
  - b) Reduksi stimulus lingkungan, terutama jika diminta oleh klien.
- (Yosep, Iyus., 2007).



## **5. EVALUASI**

Mengukur apakah tujuan dan kriteria sudah tercapai. Perawat dapat mengobservasi perilaku klien. Di bawah ini beberapa perilaku yang dapat mengindikasikan evaluasi yang positif:

1. Identifikasi situasi yang dapat membangkitkan kemarahan klien
2. Bagaimana keadaan klien saat marah dan benci pada orang tersebut
3. Sudahkah klien menyadari akibat dari marah dan pengaruhnya pada yang lain
4. Buatlah komentar yang kritis
5. Apakah klien sudah mampu mengekspresikan sesuatu yang berbeda
6. Klien mampu menggunakan aktivitas secara fisik untuk mengurangi perasaan marahnya
7. Mampu mentoleransi rasa marahnya
8. Konsep diri klien sudah meningkat
9. Kemandirian dalam berpikir dan aktivitas meningkat.

(Yosep, Iyus., 2007).

## **C. LAMPIRAN MODUL**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO PERILAKU KEKERASAN**

Perilaku kekerasan merupakan salah satu respons terhadap stresor yang dihadapi oleh seseorang. Respons ini dapat menimbulkan kerugian baik kepada diri sendiri, orang lain, maupun lingkungan. Melihat dampak dari kerugian yang ditimbulkan, maka penanganan pasien dengan perilaku kekerasan perlu dilakukan secara cepat dan tepat oleh tenaga-tenaga yang profesional (Keliat, dan Akemat, 2009). Mari kita pelajari bersama.

#### **A. TUJUAN PEMBELAJARAN**

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa diharapkan mampu :

1. Mengkaji data perilaku kekerasan
2. Menetapkan diagnosa keperawatan berdasarkan data yang dikaji
3. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien
4. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga
5. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam menangani masalah perilaku kekerasan
6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien dengan perilaku kekerasan

## **B. PENGKAJIAN**

### **1. Pengertian**

Perilaku kekerasan adalah suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis. Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dilakukan secara verbal, diarahkan pada diri sendiri, orang lain, dan lingkungan. Perilaku kekerasan dapat terjadi dalam dua bentuk yaitu saat sedang berlangsung perilaku kekerasan atau riwayat perilaku kekerasan.

### **2. Tanda dan Gejala**

Data perilaku kekerasan dapat diperoleh melalui observasi atau wawancara tentang perilaku berikut ini:

- a. Muka merah dan tegang
  - b. Pandangan tajam
  - c. Mengatupkan rahang dengan kuat
  - d. Mengepalkan tangan
  - e. Jalan mondar-mandir
  - f. Bicara kasar
  - g. Suara tinggi, menjerit atau berteriak
  - h. Mengancam secara verbal atau fisik
  - i. Melempar atau memukul benda/orang lain
  - j. Merusak barang atau benda
  - k. Tidak mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan.
- Data ini sesuai dengan format pengkajian untuk masalah perilaku kekerasan.

## **B. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Diagnosa keperawatan ditetapkan sesuai dengan data yang didapat, dan saat ini tidak melakukan perilaku kekerasan tetapi pernah melakukan perilaku kekerasan dan belum mempunyai kemampuan mencegah/mengontrol perilaku kekerasan tersebut.

### **RISIKO PERILAKU KEKERASAN**

## **C. TINDAKAN KEPERAWATAN**

### **1. Tindakan keperawatan untuk pasien**

#### **a. Tujuan**

- 1) Pasien dapat mengidentifikasi penyebab perilaku kekerasan
- 2) Pasien dapat mengidentifikasi tanda-tanda perilaku kekerasan
- 3) Pasien dapat menyebutkan jenis perilaku kekerasan yang pernah dilakukannya
- 4) Pasien dapat menyebutkan akibat dari perilaku kekerasan yang dilakukannya
- 5) Pasien dapat menyebutkan cara mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya
- 6) Pasien dapat mencegah/mengontrol perilaku kekerasannya secara fisik, spiritual, sosial, dan dengan terapi psikofarmaka

#### **b. Tindakan**

1. Bina hubungan saling percaya  
Dalam membina hubungan saling percaya perlu dipertimbangkan agar pasien merasa aman dan nyaman saat berinteraksi dengan saudara. Tindakan yang harus saudara lakukan dalam rangka membina hubungan saling percaya adalah: Mengucapkan salam terapeutik, Berjabat tangan, Menjelaskan tujuan interaksi, dan Membuat kontrak topik, waktu dan tempat setiap kali bertemu pasien
2. Diskusikan bersama pasien penyebab perilaku kekerasan saat ini dan yang lalu
3. Diskusikan perasaan pasien jika terjadi penyebab perilaku kekerasan
  - a) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara fisik
  - b) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara psikologis
  - c) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara sosial
  - d) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara spiritual
  - e) Diskusikan tanda dan gejala perilaku kekerasan secara intelektual
4. Diskusikan bersama pasien perilaku kekerasan yang biasa dilakukan pada saat marah secara: verbal, terhadap orang lain, terhadap diri sendiri, dan terhadap lingkungan
5. Diskusikan bersama pasien akibat perilakunya
6. Diskusikan bersama pasien cara mengontrol perilaku kekerasan secara:
  - a) Fisik: pukul kasur dan bantal, tarik nafas dalam
  - b) Obat
  - c) Social/verbal: menyatakan secara asertif rasa marahnya.
  - d) Spiritual: sholat/berdoa sesuai keyakinan pasien
7. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara fisik:
  - a) Latihan nafas dalam dan pukul kasur – bantal
  - b) Susun jadwal latihan dalam dan pukul kasur – bantal
8. Latih pasien mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal
  - a) Latih mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik
  - b) Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal.
9. Latih mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual:
  - c) Latih mengontrol marah secara spiritual: sholat, berdoa
  - d) Buat jadwal latihan sholat, berdoa
10. Latih mengontrol perilaku kekerasan dengan patuh minum obat:
  - a) Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat
  - b) Susun jadwal minum obat secara teratur
11. Ikut sertakan pasien dalam Terapi Aktivitas Kelompok Stimulasi Persepsi mengontrol Perilaku Kekerasan

**SP 1 Pasien: Membina hubungan saling percaya, identifikasi penyebab perasaan marah, tanda dan gejala yang dirasakan, perilaku kekerasan yang dilakukan, akibatnya serta cara mengontrol secara fisik I**

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

**ORIENTASI:**

"Assalamualaikum pak, perkenalkan nama saya A K, panggil saya A, saya perawat yang dinas di ruangan soka in. Hari ini saya dinas pagi dari pk. 07.00-14.00. Saya yang akan merawat bapak selama bapak di rumah sakit ini. Nama bapak siapa, senangnya dipanggil apa?"

"Bagaimana perasaan bapak saat ini?, Masih ada perasaan kesal atau marah?"

"Baiklah kita akan berbincang-bincang sekarang tentang perasaan marah bapak"

"Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang?" Bagaimana kalau 10 menit?

"Dimana enaknya kita duduk untuk berbincang-bincang, pak? Bagaimana kalau di ruang tamu?"

**KERJA:**

"Apa yang menyebabkan bapak marah?, Apakah sebelumnya bapak pernah marah? Terus, penyebabnya apa? Samaakah dengan yang sekarang?. O.iya, jadi ada 2 penyebab marah bapak"

"Pada saat penyebab marah itu ada, seperti bapak pulang ke rumah dan istri belum menyediakan makanan(misalnya itu penyebab marah pasien), apa yang bapak rasakan?"  
(tunggu respons pasien)

"Apakah bapak merasakan kesal kemudian dada bapak berdebar-debar, mata melotot, rahang terkutap rapat, dan tangan mengepal?"

"Setelah itu apa yang bapak lakukan? O.iya, jadi bapak memukul istri bapak dan memecahkan piring, apakah dengan cara ini makanan terhidang? Iya, tentu tidak. Apa kerugian cara yang bapak lakukan? Betul, istri jadi sakit dan takut, piring-piring pecah. Menurut bapak adakah cara lain yang lebih baik? Mungkin bapak belajar cara mengungkapkan kemarahan dengan baik tanpa menimbulkan kerugian?"

"Ada beberapa cara untuk mengontrol kemarahan, pak. Salah satunya adalah dengan cara fisik. Jadi melalui kegiatan fisik disalurkan rasa marah."

"Ada beberapa cara, bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu?"

"Begini pak, kalau tanda-tanda marah tadi sudah bapak rasakan maka bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar, lalu keluarkan/tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus.. tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali. Bagus sekali, bapak sudah bisa melakukannya. Bagaimana perasaannya?"

"Nah, sebaiknya latihan ini bapak lakukan secara rutin, sehingga bila sewaktu-waktu rasa marah itu muncul bapak sudah terbiasa melakukannya"

**TERMINASI**

"Bagaimana perasaan bapak setelah berbincang-bincang tentang kemarahan bapak?"

"Iya jadi ada 2 penyebab bapak marah ..... (sebutkan) dan yang bapak rasakan ....."

(sebutkan) dan yang bapak lakukan ..... (sebutkan) serta akibatnya ..... (sebutkan)

"Coba selama saya tidak ada, ingat-ingat lagi penyebab marah bapak yang lalu, apa yang bapak lakukan kalau marah yang belum kita bahas dan jangan lupa latihan napas dalamnya ya pak. Sekarang kita buat jadwal latihannya ya pak, berapa kali sehari bapak mau latihan napas dalam?, jam berapa saja pak?"

"Baik, bagaimana kalau 2 jam lagi saya datang dan kita latihan cara yang lain untuk mencegah/mengontrol marah. Tempatnya disini saja ya pak, assalamualaikum"



### SP 2 Pasien: Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik ke-2

- Evaluasi latihan nafas dalam
- Latih cara fisik ke-2: pukul kasur dan bantal
- Susun jadwal kegiatan harian cara kedua

Peragakan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

#### ORIENTASI

"Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi"

"Bagaimana perasaan bapak saat ini, adakah hal yang menyebabkan bapak marah?"

"Baik, sekarang kita akan belajar cara mengontrol perasaan marah dengan kegiatan fisik untuk cara yang kedua"

"Mau berapa lama? Bagaimana kalau 20 menit?"

"Dimana kita bicara? Bagaimana kalau di ruang tamu?"

#### KERJA

"Kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain nafas dalam bapak dapat melakukan pukul kasur dan bantal".

"Sekarang mari kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar bapak? Jadi kalau nanti bapak kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lempaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal. Nah, coba bapak lakukan, pukul kasur dan bantal. Ya bagus sekali bapak melakukannya".

"Kekesalan lempaskan ke kasur atau bantal."

"Nah cara ini pun dapat dilakukan secara rutin jika ada perasaan marah. Kemudian jangan lupa merapikan tempat tidurnya

#### TERMINASI

"Bagaimana perasaan bapak setelah latihan cara menyalurkan marah tadi?"

"Ada berapa cara yang sudah kita latih, coba bapak sebutkan lagi? Bagus!"

"Mari kita masukkan kedalam jadwal kegiatan sehari-hari bapak. Pukul kasur bantal mau jam berapa? Bagaimana kalau setiap bangun tidur? Baik, jadi jam 05.00 pagi dan jam 15.00 sore. Lalu kalau ada keinginan marah sewaktu-waktu gunakan kedua cara tadi ya pak. Sekarang kita buat jadwalnya ya pak, mau berapa kali sehari bapak latihan memukul kasur dan bantal serta tarik nafas dalam ini?"

"Besok pagi kita ketemu lagi kita akan latihan cara mengontrol marah dengan belajar bicara yang baik. Mau jam berapa pak? Baik, jam 10 pagi ya. Sampai jumpa"

### SP 3 Pasien: Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara sosial/verbal:

- Evaluasi jadwal harian untuk dua cara fisik
- Latihan mengungkapkan rasa marah secara verbal: menolak dengan baik, meminta dengan baik, mengungkapkan perasaan dengan baik.
- Susun jadwal latihan mengungkapkan marah secara verbal

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini!

#### **ORIENTASI**

"Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya kemarin sekarang kita ketemu lagi"

"Bagaimana pak, sudah dilakukan latihan tarik nafas dalam dan pukul kusur bantal?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?"

"Coba saya lihat jadwal kegiatan hariannya."

"Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara bicara untuk mencegah marah?"

"Dimana anaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat yang sama?"

"Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?"

#### **KERJA**

"Sekarang kita latihan cara bicara yang baik untuk mencegah marah. Kalau marah sudah disalurkan melalui tarik nafas dalam atau pukul kusur dan bantal, dan sudah lega, maka kita perlu bicara dengan orang yang membuat kita marah. Ada tiga caranya pak:

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar. Kemarin Bapak bilang penyebab marahnya karena minta uang sama isteri tidak diberi. Coba Bapak minta uang dengan baik: "Bu, saya perlu uang untuk membeli rokok." Nanti bisa dicoba di sini untuk meminta baju, minta obat dan lain-lain. Coba bapak praktekan. Bagus pak."
2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan: "Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan". Coba bapak praktekan. Bagus pak."
3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal bapak dapat mengatakan: "Saya jadi ingin marah karena perkataanmu itu". Coba praktekan. Bagus"

#### **TERMINASI**

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara mengontrol marah dengan bicara yang baik?"

"Coba bapak sebutkan lagi cara bicara yang baik yang telah kita pelajari"

"Bagus sekali, sekarang mari kita masukkan dalam jadwal. Berapa kali sehari bapak mau latihan bicara yang baik?, bisa kita buat jadwalnya?"

Coba masukkan dalam jadwal latihan sehari-hari, misalnya meminta obat, uang, dll. Bagus nanti dicoba ya Pak!"

"Bagaimana kalau dua jam lagi kita ketemu lagi?"

"Nanti kita akan membicarakan cara lain untuk mengatasi rasa marah bapak yaitu dengan cara ibadah, bapak setuju? Mau di mana Pak? Di sini lagi? Baik sampai nanti ya"

#### **SP 4 Pasien : Latihan mengontrol perilaku kekerasan secara spiritual**

1. Diskusikan hasil latihan mengontrol perilaku kekerasan secara fisik
2. dan sosial/verbal
3. Latihan sholat/berdoa
4. Buat jadwal latihan sholat/berdoa

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

#### **ORIENTASI**

"Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya dua jam yang lalu sekarang saya datang lagi"  
"Baik, yang mana yang mau dicoba?"

"Bagaimana pak, latihan apa yang sudah dilakukan? Apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur? Bagus sekali, bagaimana rasa marahnya"

"Bagaimana kalau sekarang kita latihan cara lain untuk mencegah rasa marah yaitu dengan ibadah?"

"Dimana emaknya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat tadi?"

"Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit?"

#### **KERJA**

"Coba ceritakan kegiatan ibadah yang biasa Bapak lakukan? Bagus, Baik, yang mana mau dicoba?"

"Nah, kalau bapak sedang marah coba bapak langsung duduk dan tarik napas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat".

"Bapak bisa melakukan sholat secara teratur untuk meredakan kemarahan."

"Coba Bpk rebahkan sholat 5 waktu? Bagus. Mau coba yang mana? Coba sebutkan caranya (untuk yang muslimin)."

#### **TERMINASI**

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara yang ketiga ini?"

"Jadi sudah berapa cara mengontrol marah yang kita pelajari? Bagus".

"Mari kita masukkan kegiatan ibadah pada jadwal kegiatan bapak. Mau berapa kali bapak sholat."

"Baik kita masukkan sholat ..... dan ..... (sesuai kesepakatan pasien)"

"Coba bapak sebutkan lagi cara ibadah yang dapat bapak lakukan bila bapak merasa marah"

"Setelah ini coba bapak lakukan jadwal sholat sesuai jadwal yang telah kita buat tadi"

"Besok kita ketemu lagi ya pak, nanti kita bicarakan cara keempat mengontrol rasa marah, yaitu dengan patuh minum obat. Mau jam berapa pak? Seperti sekarang saja, jam 10 ya?"

"Nanti kita akan membicarakan cara penggunaan obat yang benar untuk mengontrol rasa marah bapak, setuju pak?"

#### **SP 5 Pasien : Latihan mengontrol perilaku kekerasan dengan obat**

1. Evaluasi jadwal kegiatan harian pasien untuk cara mencegah marah yang sudah dilatih.
2. Latih pasien minum obat secara teratur dengan prinsip lima benar (benar nama pasien, benar nama obat, benar cara minum obat, benar waktu minum obat, dan benar dosis obat) disertai penjelasan guna obat dan akibat berhenti minum obat.
3. Susun jadwal minum obat secara teratur

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

#### **ORIENTASI**

"Assalamualaikum pak, sesuai dengan janji saya kemarin hari ini kita ketemu lagi"

"Bagaimana pak, sudah dilakukan latihan tarik napas dalam, pukul kasur bantal, bicara yang baik serta sholat?, apa yang dirasakan setelah melakukan latihan secara teratur?. Coba kita lihat cek kegiatannya".

"Bagaimana kalau sekarang kita bicara dan latihan tentang cara minum obat yang benar untuk mengontrol rasa marah?"

"Dimana enakya kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau di tempat kemarin?"

"Berapa lama bapak mau kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 15 menit"

#### **KERJA (perawat membantu obat pasien)**

"Bapak sudah dapat obat dari dokter?"

"Berapa macam obat yang Bapak minum? Warnanya apa saja? Bagus! Jam berapa Bapak minum? Bagus!"

"Obatnya ada tiga macam pak, yang warnanya oranye namanya CPZ gunanya agar pikiran tenang, yang putih ini namanya THP agar rileks dan tegang, dan yang merah jambu ini namanya HLP agar pikiran teratur dan rasa marah berkurang. Semuanya ini harus bapak minum 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang, dan jam 7 malam".

"Bila nanti setelah minum obat mulut bapak terasa kering, untuk membantu mengatasinya bapak bisa mengisap-isap es batu".

"Bila terasa mata berkunang-kunang, bapak sebaiknya istirahat dan jangan beraktivitas dulu".

"Nanti di rumah sebelum minum obat ini bapak lihat dulu label di kotak obat apakah benar nama bapak tertulis disitu, berapa dosis yang harus diminum, jam berapa saja harus diminum. Baca juga apakah nama obatnya sudah benar? Di sini minta obatnya pada apoteker kemudian cek lagi apakah benar obatnya!"

"Jangan pernah menghentikan minum obat sebelum berkonsultasi dengan dokter ya pak, karena dapat terjadi kekambuhan."

"Sekarang kita masukkan waktu minum obatnya kedalam jadwal ya pak."

#### **TERMINASI**

"Bagaimana perasaan bapak setelah kita bercakap-cakap tentang cara minum obat yang benar?"

"Coba bapak sebutkan lagi jenis obat yang Bapak minum! Bagaimana cara minum obat yang benar?"

"Nah, sudah berapa cara mengontrol perasaan marah yang kita pelajari?. Sekarang kita tambahkan jadwal kegiatannya dengan minum obat. Jangan lupa laksanakan semua dengan teratur ya".

"Baik, Besok kita ketemu kembali untuk melihat sejauhmana anda bapak melaksanakan kegiatan dan sejauhmana dapat mencegah rasa marah. Sampai jumpa"



## 2. Tindakan Keperawatan Untuk Keluarga

### a. Tujuan

Keluarga dapat merawat pasien di rumah

### b. Tindakan

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- 2) Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut)
- 3) Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar / memukul benda/orang lain
- 4) Latih keluarga merawat pasien dengan perilaku kekerasan
  - a). Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat
  - b). Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat
  - c). Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan
- 5) Buat perencanaan pulang bersama keluarga

### SP 1 Keluarga: Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang cara merawat klien perilaku kekerasan di rumah

- a. Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- b. Diskusikan bersama keluarga tentang perilaku kekerasan (penyebab, tanda dan gejala, perilaku yang muncul dan akibat dari perilaku tersebut).
- c. Diskusikan bersama keluarga kondisi-kondisi pasien yang perlu segera dilaporkan kepada perawat, seperti melempar atau memukul benda/orang lain

pasangan anda komunikasi dibawah ini

#### ORIENTASI

"Assalamualaikum bu, perkenalkan nama saya A K, saya perawat dari ruang Soka ini, saya yang akan merawat bapak (pasien). Nama ibu siapa, senangnya dipanggil apa?"

"Bisa kita berbincang-bincang sekarang tentang masalah yang Ibu hadapi?"

"Berapa lama ibu kita berbincang-bincang? Bagaimana kalau 30 menit?"

"Dimana enakny kita berbincang-bincang, Bu? Bagaimana kalau di kantor Perawat?"

#### KERJA

"Bu, apa masalah yang Ibu hadapi? dalam merawat Bapak? Apa yang Ibu lakukan? Baik Bu, Saya akan coba jelaskan tentang marah Bapak dan hal-hal yang perlu diperhatikan."

"Bu, marah adalah suatu perasaan yang wajar tapi bisa tidak disalurkan dengan benar akan membahayakan dirinya sendiri, orang lain dan lingkungan."

"Yang menyebabkan suami ibu marah dan ngamuk adalah kalau dia merasa direndahkan, keinginan tidak terpenuhi. Kalau Bapak apa penyebabnya Bu?"

"Kalau nanti wajah suami ibu tampak tegang dan merah, lalu kelihatan gelisah, itu artinya suami ibu sedang marah, dan biasanya setelah itu ia akan melampiaskannya dengan membanting-banting perabot rumah tangga atau memukul atau bicara kasar? Kalau apa perubahan terjadi? Lalu apa yang biasa dia lakukan?"

"Bilakah tersebut terjadi sebenarnya ibu tetap tenang, bicara lembut tapi tegas, jangan lupa jaga jarak dan jauhkan benda-benda tajam dari sekitar bapak seperti gelas, pisau. Jauhkan juga anak-anak kecil dari bapak."

"Bila bapak masih marah dan ngamuk segera bawa ke puskesmas atau RSJ setelah sebelumnya diikat dulu (ajarkan caranya pada keluarga). Jangan lupa minta bantuan orang lain saat mengikat bapak ya bu, lakukan dengan tidak menyakiti bapak dan jelaskan alasan mengikat yaitu agar bapak tidak mencedar diri sendiri, orang lain dan lingkungan"

"Nah bu, ibu sudah lihat khan apa yang saya ajarkan kepada bapak bila tanda-tanda kemarahan itu muncul. Ibu bisa hantu bapak dengan cara mengingatkan jadwal latihan cara mengontrol marah yang sudah dibuat yaitu secara fisik, verbal, spiritual dan obat teratur"

"Kalau bapak bisa melakukan latihannya dengan baik jangan lupa dipuji ya bu"

#### TERMINASI

"Bagaimana perasaan ibu setelah kita bercakap-cakap tentang cara merawat bapak?"

"Coba ibu sebutkan lagi cara merawat bapak"

"Setelah ini coba ibu ingatkan jadwal yang telah dibuat untuk bapak ya bu"

"Bagaimana kalau kita ketemu 2 hari lagi untuk latihan cara-cara yang telah kita bicarakan tadi langsung kepada bapak?"

"Tempatnya disini saja lagi ya bu?"

### SP 2 Keluarga: Melatih keluarga melakukan cara-cara mengontrol Kemarahan

- Evaluasi pengetahuan keluarga tentang marah
- Anjurkan keluarga untuk memotivasi pasien melakukan tindakan yang telah diajarkan oleh perawat.
- Ajarkan keluarga untuk memberikan pujian kepada pasien bila pasien dapat melakukan kegiatan tersebut secara tepat.
- Diskusikan bersama keluarga tindakan yang harus dilakukan bila pasien menunjukkan gejala-gejala perilaku kekerasan

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

#### ORIENTASI

"Assalamualaikum bu, sesuai dengan janji kita 2 hari yang lalu sekarang kita ketemu lagi untuk latihan cara-cara mengontrol rasa marah bapak."

"Bagaimana Bu? Masih ingat diskusi kita yang lalu? Ada yang mau Ibu tanyakan?"

"Berapa lama ibu mau kita latihan?"

"Bagaimana kalau kita latihan di sini saja?, sebentar saya panggilkan bapak supaya bisa berlatih bersama"

#### KERJA

"Nah pak, coba ceritakan kepada Ibu, latihan yang sudah Bapak lakukan. Bagus sekali. Coba perlihatkan kepada Ibu jadwal harian Bapak! Bagus!"

"Nanti di rumah ibu bisa membantu bapak latihan mengontrol kemarahan Bapak."

"Sekarang kita akan coba latihan bersama-sama ya pak?"

"Masih ingat pak, bu kalau tanda-tanda marah sudah bapak rasakan maka yang harus dilakukan bapak adalah.....?"

"Ya... betul, bapak berdiri, lalu tarik napas dari hidung, tahan sebentar lalu keluarkan tiup perlahan-lahan melalui mulut seperti mengeluarkan kemarahan. Ayo coba lagi, tarik dari hidung, bagus.., tahan, dan tiup melalui mulut. Nah, lakukan 5 kali, coba itu temani dan bantu bapak menghitung latihan ini sampai 5 kali".

"Bagus sekali, bapak dan ibu sudah bisa melakukannya dengan baik".

"Cara yang kedua masih ingat pak, bu?"

"Ya.. benar, kalau ada yang menyebabkan bapak marah dan muncul perasaan kesal, berdebar-debar, mata melotot, selain napas dalam bapak dapat melakukan pukul kasur dan bantal".

"Sekarang coba kita latihan memukul kasur dan bantal. Mana kamar bapak? Jadi kalau nanti bapak kesal dan ingin marah, langsung ke kamar dan lampiaskan kemarahan tersebut dengan memukul kasur dan bantal".

Nah, coba bapak lakukan sambil didampingi ibu, berikan bapak semangat ya bu. Ya, bagus sekali bapak melakukannya".

"Cara yang ketiga adalah bicara yang baik bila sedang marah. Ada tiga caranya pak, coba praktikkan langsung kepada ibu cara bicara ini:

1. Meminta dengan baik tanpa marah dengan nada suara yang rendah serta tidak menggunakan kata-kata kasar, misalnya: 'Bu, Saya perlu uang untuk beli rokok! Coba bapak praktikkan. Bagus pak'.
2. Menolak dengan baik, jika ada yang menyuruh dan bapak tidak ingin melakukannya, katakan: 'Maaf saya tidak bisa melakukannya karena sedang ada kerjaan'. Coba bapak praktikkan. Bagus pak"
3. Mengungkapkan perasaan kesal, jika ada perlakuan orang lain yang membuat kesal bapak dapat mengatakan: 'Saya jadi lagi marah karena perkataanmu itu'. Coba praktikkan. Bagus"

"Cara berikutnya adalah kalau bapak sedang marah apa yang harus dilakukan?"

"Baik sekali, bapak coba langsung duduk dan tarik napas dalam. Jika tidak reda juga marahnya rebahkan badan agar rileks. Jika tidak reda juga, ambil air wudhu kemudian sholat".

"Bapak bisa melakukan sholat secara teratur dengan didampingi ibu untuk meredakan kemarahan".

"Cara terakhir adalah minum obat teratur ya pak, bu agar pikiran bapak jadi tenang. tidurnya juga tenang, tidak ada rasa marah"

"Bapak coba jelaskan berapa macam obatnya! Bagus. Jam berapa minum obat? Bagus. Apa guna obat? Bagus. Apakah boleh mengurangi atau menghentikan obat? Wah bagus sekali!"

"Dua hari yang lalu sudah saya jelaskan terapi pengobatan yang bapak dapatkan, ibu tolong selama di rumah ingatkan bapak untuk meminumnya secara teratur dan jangan dihentikan tanpa sepengetahuan dokter"

#### TERMINASI

"Baiklah bu, latihan kita sudah selesai. Bagaimana perasaan ibu setelah kita latihan cara-cara mengontrol marah langsung kepada bapak?"

"Bisa ibu sebutkan lagi ada berapa cara mengontrol marah?"

"Selanjutnya tolong pantau dan motivasi Bapak melaksanakan jadwal latihan yang telah dibuat selama di rumah nanti. Jangan lupa berikan pujian untuk Bapak bila dapat melakukan dengan benar ya Bu!"

"Karena Bapak sebentar lagi sudah mau pulang bagaimana kalau 2 hari lagi Ibu bertemu saya untuk membicarakan jadwal aktivitas Bapak selama di rumah nanti."

"Jam 10 seperti hari ini ya Bu. Di ruang ini juga."

### SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga

Buat perencanaan pulang bersama keluarga

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

#### ORIENTASI

"Assalamualaikum pak, bu, karena besok Bp sudah boleh pulang, maka sesuai janji kita sekarang ketemu untuk membicarakan jadwal Bp selama di rumah"

"Bagaimana pak, bu, selama ibu membesuk apakah sudah terus diajari cara merawat Bp? Apakah sudah dipuji keberhasilannya?"

"Nah sekarang bagaimana kalau bicarakan jadwal di rumah, disini saja?"

"Berapa lama bapak dan ibu mau kita berbicara? Bagaimana kalau 30 menit?"

#### KERJA

"Pak, bu, jadwal yang telah dibuat selama B di rumah sakit tolong dilanjutkan di rumah, baik jadwal aktivitas maupun jadwal minum obatnya. Mari kita lihat jadwal Bapak!"

"Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh bapak selama di rumah. Kalau misalnya Bp menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi segera hubungi Suster E di Puskesmas Indara Puri, puskesmas terdekat dari rumah ibu dan bapak, ini nomor telepon puskesmasnya: (0651) 554xxx."

"Jika tidak terasasi Sr E akan merujuknya ke BPKJ."

"Selanjutnya suster E yang akan membantu memantau perkembangan B selama di rumah"

#### TERMINASI

"Bagaimana Bu? Ada yang ingin ditanyakan? Coba Ibu sebutkan apa saja yang perlu diperhatikan (jadwal kegiatan, tanda atau gejala, follow up ke Puskesmas). Baiklah, silakan menyelesaikan administrasi!"

"Saya akan menyiapkan pakaian dan obat."

### D. EVALUASI

- Kemampuan pasien dan keluarga
- Kemampuan perawat

### E. DOKUMENTASI

Berikut adalah contoh format pengkajian dari diagnosa keperawatan perilaku kekerasan. Format pengkajian lengkap dapat dilihat

#### Latihan

Dokumentasikan pengkajian dan diagnosa keperawatan pasien waham dengan menggunakan format yang tersedia

	Pelaku/Usia	Korban/Usia	Saksi/Usia
1. Aniaya fisik	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
2. Aniaya seksual	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
3. Penolakan	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
4. Kekerasan dalam keluarga	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
5. Tindakan kriminal	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
Berikan tanda (v) pada kolom yang sesuai dengan data pada pasien			
6. Aktivitas motorik			
[ ] Lesu	[ ] Tegang	[ ] Gelisah	[ ] Agitasi



☐ Tik      ☐ Grimasen      ☐ Tremor      ☐ Kompulsif  
 Berikan tanda (v) pada kolom yang sesuai dengan data pada pasien

7. Interaksi selama wawancara  
☐ Bermusuhan      ☐ Tidak kooperatif      ☐ Mudah tersinggung  
☐ Kontak mata Kurang      ☐ Defensif      ☐ Curiga  
 Berikan tanda (v) pada kolom yang sesuai dengan data pada pasien

#### F. TERAPI AKTIVITAS KELOMPOK

Terapi kelompok yang dapat diberikan untuk pasien dengan PK adalah: TAK stimulasi persepsi

1. Sesi I: mengenal perilaku kekerasan yang biasa dilakukan
2. Sesi II: mencegah perilaku kekerasan fisik
3. Sesi III: mencegah perilaku kekerasan sosial
4. Sesi IV: mencegah perilaku kekerasan spiritual
5. Sesi V: mencegah perilaku kekerasan dengan patuh mengkonsumsi obat.

#### PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA DENGAN MASALAH PERILAKU KEKERASAN

Nama pasien : .....  
 Nama ruangan : .....  
 Nama perawat : .....  
 Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda (V) jika pasien dan keluarga mampu melakukan kemampuan di bawah ini.
2. Tuliskan tanggal setiap dilakukan penilaian

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
A	Pasien							
	Sp 1							
1	Menyebutkan penyebab PK							
2	Menyebutkan tanda dan gejala PK							
3	Menyebutkan PK yang dilakukan							
4	Menyebutkan akibat PK							
5	Menyebutkan cara mengontrol PK							
6	Mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I							
	SP2							
7	Mempraktekkan latihan cara fisik II dan memasukkan dalam jadwal							
	SP3							
8	Mempraktekkan latihan cara verbal dan memasukkan dalam jadwal							

	SP 4							
9	Mengpraktekkan latihan cara spiritual dan memasukkan dalam jadwal							
	SP 5							
10	Mengpraktekkan latihan cara minum obat dan memasukkan dalam jadwal							
8	<b>Keluarga</b>							
	SP 1							
1	Menyebutkan pengertian PK dan proses terjadinya masalah PK							
2	Menyebutkan cara merawat pasien dengan PK							
	SP2							
3	Mengpraktekkan cara merawat pasien dengan PK							
	SP3							
4	Membuat jadwal aktivitas dan minum obat klien di rumah ( <i>discharge planning</i> )							

### PENILAIAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN DENGAN PERILAKU KEKERASAN

Petunjuk pengisian:

Penilaian tindakan keperawatan untuk setiap SP dengan menggunakan instrumen **penilaian kinerja**

Nilai tiap penilaian kinerja masukkan ke tabel pada baris **nilai SP**.

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
A	<b>Pasien</b>							
	SP Ip							
1	Mengidentifikasi penyebab PK							
2	Mengidentifikasi tanda dan gejala PK							
3	Mengidentifikasi PK yang dilakukan							
4	Mengidentifikasi akibat PK							
5	Menyebutkan cara mengontrol PK							
6	Membantu pasien mempraktekkan latihan cara mengontrol fisik I							
7	Menganjurkan pasien memasukkan dalam kegiatan harian							
	Nilai SP Ip							
	<b>SP Iip</b>							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Melatih pasien mengontrol PK dengan cara fisik II							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	Nilai SP Iip							

	<b>SP IIIp</b>								
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien								
2	Melatih pasien mengontrol PK dengan cara verbal								
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian								
	<i>Nilai SP IIIp</i>								
	<b>SP Ivp</b>								
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien								
2	Melatih pasien mengontrol PK dengan cara spiritual								
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian								
	<i>Nilai SP Ivp</i>								
	<b>SP Vp</b>								
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien								
2	Menjelaskan cara mengontrol PK dengan minum obat								
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian								
	<i>Nilai SP Vp</i>								
<b>B</b>	<b>Keluarga</b>								
	<b>SP I k</b>								
1	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien								
2	Menjelaskan pengertian PK, tanda dan gejala, serta proses terjadinya PK								
3	Menjelaskan cara merawat pasien dengan PK								
	<i>Nilai SP I k</i>								
	<b>SP II k</b>								
1	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan PK								
2	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien PK								
	<i>Nilai SP II k</i>								
	<b>SP III k</b>								
1	Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat ( <i>discharge planning</i> )								
2	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang								
	<i>Nilai SP III k</i>								
	<b>Nilai Total SP p + SP k</b>								
	<b>Rata-rata</b>								

## RINGKASAN

Kekerasan (*violence*) merupakan suatu bentuk perilaku agresif (*aggressive behavior*) yang menyebabkan atau dimaksudkan untuk menyebabkan penderitaan atau menyakiti orang lain, termasuk terhadap hewan atau benda-benda. Ada perbedaan antara agresif sebagai suatu bentuk pikiran maupun perasaan dengan agresif sebagai bentuk perilaku. Agresif adalah suatu respon terhadap kemarahan, kekecewaan, perasaan dendam atau ancaman yang memancing amarah yang dapat membangkitkan suatu perilaku kekerasan sebagai suatu cara untuk melawan atau menghukum berupa tindakan menyerang, merusak hingga membunuh. Agresif tidak selalu diekspresikan berupa tindak kekerasan menyerang orang lain (*assault*) agresivitas terhadap diri sendiri (*self aggression*) penyalahgunaan narkoba (*drugs abuse*) untuk melupakan persoalan hingga tindakan bunuh diri juga merupakan suatu bentuk perilaku agresif. Perilaku kekerasan atau agresif merupakan suatu bentuk perilaku yang bertujuan untuk melukai seseorang secara fisik maupun psikologis Berdasarkan definisi ini maka perilaku kekerasan dapat dibagi dua menjadi perilaku kekerasan secara verbal dan fisik. Sedangkan marah tidak harus memiliki tujuan khusus. Marah lebih menunjuk kepada suatu perangkat perasaan-perasaan tertentu yang biasanya disebut dengan perasaan marah. Kemarahan adalah perasaan jengkel yang timbul sebagai respons terhadap kecemasan yang dirasakan sebagai ancaman (Keliat, 1996).

Rentang respon pada perilaku kekerasan adalah: 1) **Assertif**, adalah mengungkapkan marah tanpa menyakiti, melukai perasaan orang lain, atau tanpa merendahkan harga diri orang lain. 2) **Frustrasi**, adalah respons yang timbul akibat gagal mencapai tujuan atau keinginan. Frustrasi dapat dialami sebagai suatu ancaman dan kecemasan. Akibat dari ancaman tersebut dapat menimbulkan kemarahan. 3) **Pasif**, Sikap permisif/pasif adalah adalah respons dimana individu tidak mampu mengungkapkan perasaan yang dialami, sifat yang tidak berani mengemukakan keinginan dan pendapat sendiri, tidak ingin terjadi konflik karena takut akan tidak disukai atau menyakiti perasaan orang lain. 4) **Agresif**, Sikap agresif adalah sikap membela diri sendiri dengan cara melanggar hak orang lain. Perilaku agresif sering bersifat menghukum, kasar, menyakikan, atau menuntut. 5) **Kekerasan**: sering juga disebut sebagai gaduh gelisah atau amuk. Perilaku kekerasan ditandai dengan menyentuh orang lain secara menakutkan, memberi kata-kata ancaman melukai disertai melukai ditingkat ringan dan yang paling berat adalah melukai/merusak secara serius.



## SOAL LATIHAN

### Kasus 1 (soal no. 1 s/d 8)

Klien datang ke poliklinik RSJ, menurut keluarga klien mengamuk di tempat kerja karena beban pekerjaan dan tersinggung oleh atasan. Perasaan tersinggung sering menjadi stimulus klien untuk marah dan mengamuk. Saat dikantor klien terlihat muka merah dan tegang, bicara kasar, tangan mengepal, wajah merah dan tegang. Hasil pengkajian dengan keluarga didapatkan sejak usia 0-2 tahun ia tidak mendapat kasih sayang dan pemenuhan kebutuhan air susu yang cukup. Klien juga biasa melihat orangtuanya mengekspresikan kemarahan dengan cara melempar barang. Kebiasaan tersebut ditiru juga oleh anaknya yang sering menonton tayangan kekerasan.

1. Hal berikut merupakan pengertian perilaku kekerasan yang tidak tepat...
  - a. Perilaku kasar atau kata-kata yang menggambarkan perilaku amuk dan permusuhan
  - b. Potensi untuk merusak secara fisik atau dengan kata-kata
  - c. Perilaku seseorang dalam mengatasi konflik secara persuasive
  - d. Respons terhadap stressor yang ditunjukkan dengan perilaku kekerasan
  - e. Kekerasan dapat dilakukan pada diri sendiri, orang lain maupun lingkungan
2. Peningkatan *cortisol* pada jam-jam sibuk seperti menjelang masuk kerja, merupakan factor predisposisi...
  - a. *neurologic factor*
  - b. *Genetic factor*
  - c. *Cyrcardian factor*
  - d. *Bichemistry factor*
  - e. *Brain area disorder*
3. Dalam gen manusia terdapat *dormant* (potensi) agresif yang sedang tidur, teori ini sesuai dengan...
  - a. *neurologic factor*
  - b. *Genetic factor*
  - c. *Cyrcardian factor*
  - d. *Bichemistry factor*
  - e. *Brain area disorder*
4. Tanda dan gejala perilaku kekerasan secara verbal pada klien diatas...
  - a. Muka merah dan tegang
  - b. tangan mengepal
  - c. wajah memerah tegang
  - d. Bicara kasar
  - e. rahang mengatup
5. Data yang menunjukkan adanya gangguan fase oral pada kasus diatas...
  - a. Klien mengamuk di tempat kerja
  - b. Tangan mengepal, wajah merah dan tegang
  - c. Tersinggung oleh atasan
  - d. Pemenuhan kebutuhan air susu yang kurang
  - e. Muka merah dan tegang, bicara kasar
6. Tayangan – tayangan kekerasan pada televisi yang memengaruhi perilaku anak, termasuk factor...
  - a. *Biochemistry factor*
  - b. *Brain area disorder*
  - c. teori psikoanalisa
  - d. *imitation, modeling*
  - e. *learning theory*

7. Data yang menunjukkan adanya *learning theory* pada kasus kekerasan di atas adalah...
  - a. Klien mengamuk ditempat kerja
  - b. Tangan mengepal, wajah memerah dan tegang
  - c. Melihat cara orang tua mengekspresikan kemarahan
  - d. Pemenuhan kebutuhan air susu yang kurang
  - e. Tidak mendapat kasih sayang
8. Lingkup pengkajian pada klien dengan perilaku kekerasan adalah sebagai berikut, kecuali...
  - a. Interaksi selama wawancara
  - b. Persepsi sensori
  - c. Pembicaraan
  - d. Alam perasaan
  - e. Keluhan utama
9. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada kasus diatas adalah...
  1. Isolasi sosial
  2. Gangguan persepsi sensori
  3. Harga diri rendah kronis
  4. Resiko perilaku kekerasan
10. Tindakan perawat yang bermanfaat untuk mengontrol perilaku kekerasan pada klien adalah...
  1. Melatih pasien latihan nafas dalam
  2. Melatih pasien mengungkapkan rasa marah secara verbal
  3. Melatih minum obat secara teratur
  4. Melatih pasien melakukan aktifitas yang terjadwal

#### DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, 1996, Direktorat Jendral Pelayanan Medik Direktorat Pelayanan Keperawatan, 2000, *Keperawatan Jiwa Teori dan Tindakan*, Jakarta.
- Depkes RI, 1996, *Proses Keperawatan Jiwa*, jilid 1. Direktorat Kesehatan Jiwa, Jakarta.
- Herdman, T. Heather. 2012. *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*, EGC. Jakarta
- Iyer, P.W., *et al.*, 1996. *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Keliat Budi Anna, 1996, *Marah Akibat Penyakit yang Diderita*, Penerbit buku kedokteran EGC; Jakarta.
- Keliat Budi Anna, 2002, *Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan*, FIK, UI : Jakarta.
- Keliat Budi Anna, dkk, 1998, *Pusat Keperawatan Kesehatan Jiwa*, penerbit buku kedokteran EGC Jakarta.
- Keliat, BA dan Akemat. 2009. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*, Penerbit ECG, Jakarta.

- Kozier, *et al.*, 1997, *Fundamental Of Nursing*, Addison-Wesley Publishing Company, Health Science Division, California.
- Maramis, W.F. 2006, *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Ed. 9 Surabaya: Airlangga University Press.
- Maramis, W.F., 1998, *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, penerbit : Buku Kedokteran EGC ; Jakarta.
- PPNI, 2009. *Standar Praktek Keperawatan*, PPNI, Jakarta.
- Stuart GW Sundeen S.J. , 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, St Louis: Mosby Year Book
- Stuart, Gail W., 2007. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*. Jakarta : EGC.
- Stuart, GW dan Sundeen, S.J, 1998, *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, edisi 3, Penerbit : Buku Kedokteran EGC ; Jakarta.
- Yosep, Iyus. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Refika Aditama; Bandung.

**BAB 4**  
**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PERUBAHAN**  
**PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI**

<b>STANDAR KOMPETENSI</b>	: Mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa perubahan persepsi sensori: halusinasi yang sesuai dengan konsep dasar meliputi: definisi, dimensi, rentang respon, jenis-jenis, fase-fase, faktor-faktor yang mempengaruhi, mekanisme koping, validasi informasi, penatalaksanaan halusinasi, dan asuhan keperawatan jiwa perubahan persepsi sensori: halusinasi, yang terdiri dari 5 tahap proses asuhan keperawatan.
<b>KOMPETENSI DASAR</b>	: Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Perubahan Persepsi Sensori: Halusinasi.
<b>INDIKATOR</b>	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa dapat menyebutkan definisi halusinasi (C1, A1)</li> <li>2. Mahasiswa dapat menyebutkan dimensi halusinasi (C1, A1)</li> <li>3. Mahasiswa dapat menyebutkan rentang respon halusinasi (C1, A1)</li> <li>4. Mahasiswa dapat menyebutkan jenis-jenis halusinasi (C1, A1)</li> <li>5. Mahasiswa dapat menyebutkan fase-fase halusinasi (C1, A1)</li> <li>6. Mahasiswa dapat menjelaskan faktor yang mempengaruhi halusinasi (C2, A2)</li> <li>7. Mahasiswa dapat menjelaskan mekanisme koping halusinasi (C2, A2)</li> <li>8. Mahasiswa dapat menjelaskan validasi informasi halusinasi (C2, A2)</li> <li>9. Mahasiswa dapat menjelaskan penatalaksanaan halusinasi (C2, A2)</li> <li>10. Mahasiswa dapat menjelaskan asuhan keperawatan jiwa perubahan persepsi sensori: Halusinasi, yang sesuai dengan prinsip 5 tahap proses asuhan keperawatan: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (C2, A2)</li> </ol>
<b>MATERI POKOK</b>	: <b>ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI.</b>



## **BAB 4**

### **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA PERUBAHAN PERSEPSI SENSORI: HALUSINASI**

#### **A. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN JIWA HALUSINASI**

Mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa perubahan persepsi sensori: halusinasi yang sesuai dengan konsep dasar halusinasi meliputi: definisi, dimensi, rentang respon, jenis-jenis, fase-fase, faktor-faktor yang mempengaruhi, mekanisme coping, validasi informasi, penatalaksanaan halusinasi.

#### **1. DEFINISI HALUSINASI**

Halusinasi merupakan salah satu gejala yang sering ditemukan pada klien dengan gangguan jiwa. Halusinasi sering diidentikkan dengan skizofrenia. Dari seluruh klien dengan skizofrenia diantaranya mengalami halusinasi. Gangguan jiwa lain yang sering juga disertai dengan gejala halusinasi adalah gangguan maniak depresif dan delirium. Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu pencerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar (Maramis, 1998). Suatu penghayatan yang dialami seperti suatu persepsi melalui panca indra tanpa stimulus eksternal; persepsi palsu. Berbeda dengan ilusi dimana klien mengalami persepsi yang salah terhadap stimulus, salah persepsi pada halusinasi terjadi tanpa adanya stimulus eksternal yang terjadi. Stimulus internal dipersepsikan sebagai suatu yang nyata ada oleh klien (Maramis, 1998).

#### **2. DIMENSI HALUSINASI**

Respon klien terhadap halusinasi dapat berupa curiga, ketakutan, perasaan tidak aman, gelisah dan bingung, perilaku merusak diri, kurang perhatian, tidak mampu mengambil keputusan serta tidak dapat membedakan keadaan nyata dan tidak nyata. Masalah halusinasi berlandaskan atas hakekat keberadaan seorang individu sebagai makhluk yang dibangun atas dasar unsur-unsur bio-psiko-sosio-

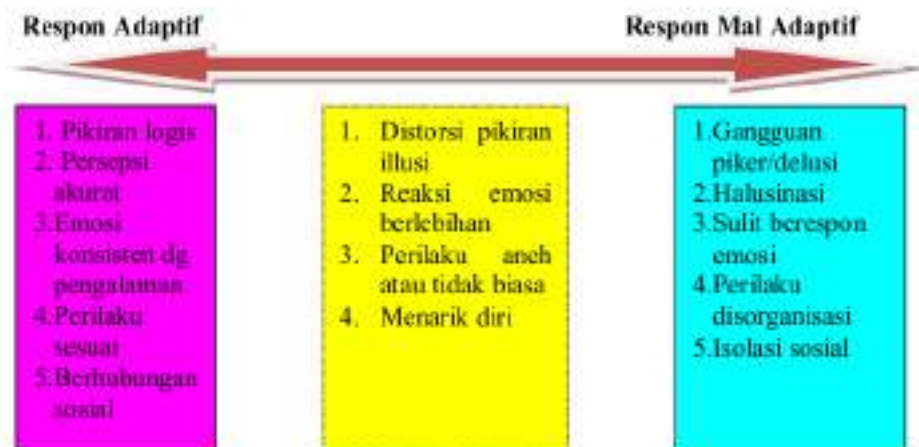
spiritual sehingga halusinasi dapat dilihat dari lima dimensi (Stuart dan Laraia, 2005) yaitu:

1. **Dimensi Fisik**, Manusia dibangun oleh sistem indera untuk menanggapi rangsang eksternal yang diberikan oleh lingkungannya. Halusinasi dapat ditimbulkan oleh beberapa kondisi fisik seperti kelelahan yang luar biasa, penggunaan obat-obatan, demam hingga delirium, intoksikasi alkohol dan kesulitan untuk tidur dalam waktu yang lama.
2. **Dimensi Emosional**, Perasaan cemas yang berlebihan atas dasar problem yang tidak dapat diatasi merupakan penyebab halusinasi itu terjadi. Isi dari halusinasi dapat berupa perintah memaksa dan menakutkan. Klien tidak sanggup lagi menentang perintah tersebut hingga dengan kondisi tersebut klien berbuat sesuatu terhadap ketakutan tersebut.
3. **Dimensi Intelektual**, Dalam dimensi intelektual ini menerangkan bahwa individu dengan halusinasi akan memperlihatkan adanya penurunan fungsi ego. Pada awalnya halusinasi merupakan usaha dari ego sendiri untuk melawan impuls yang menekan, namun merupakan suatu hal yang menimbulkan kewaspadaan yang dapat mengambil seluruh perhatian klien dan tak jarang akan mengontrol semua perilaku klien.
4. **Dimensi Sosial**, Dimensi sosial pada individu dengan halusinasi menunjukkan adanya kecenderungan untuk menyendiri. Individu asyik dengan halusinasinya, seolah-olah ia merupakan tempat untuk memenuhi kebutuhan akan interaksi sosial, kontrol diri dan harga diri yang tidak didapatkan dalam dunia nyata. Isi halusinasi dijadikan sistem kontrol oleh individu tersebut, sehingga jika perintah halusinasi berupa ancaman, dirinya atau orang lain individu cenderung untuk itu. Oleh karena itu, aspek penting dalam melaksanakan intervensi keperawatan klien dengan mengupayakan suatu proses interaksi yang menimbulkan pengalaman interpersonal yang memuaskan, serta mengusakan klien tidak menyendiri sehingga klien selalu berinteraksi dengan lingkungannya dan halusinasi tidak berlangsung.
5. **Dimensi Spiritual**, Manusia diciptakan Tuhan sebagai makhluk sosial, sehingga interaksi dengan manusia lainnya merupakan kebutuhan yang mendasar. Pada individu tersebut cenderung menyendiri hingga proses diatas

tidak terjadi, individu tidak sadar dengan keberadaannya dan halusinasi menjadi sistem kontrol dalam individu tersebut. Saat halusinasi menguasai dirinya individu kehilangan kontrol kehidupan dirinya (Stuart dan Laraia, 2005).

### 3. RENTANG RESPON HALUSINASI

Halusinasi merupakan salah satu respon mal adaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologist (Stuart dan Laraia, 2005). Ini merupakan respon persepsi paling mal adaptif. Jika klien sehat persepinya akurat, mampu mengidentifikasi dan menginterpretasikan stimulus berdasarkan informasi yang diterima melalui panca indra (pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecap dan perabaan), klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Diantara kedua respon tersebut adalah respon individu yang karena suatu hal mengalami kelainan persepsi yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut sebagai *ilusi*. Klien mengalami *ilusi* jika interpretasi yang dilakukan terhadap stimulus panca indra tidak akurat sesuai stimulus yang diterima. Rentang respon tersebut digambarkan seperti pada Gambar.



**Gambar:** Rentang Respon Halusinasi (Stuart dan Laraia, 2005).



#### 4. JENIS-JENIS HALUSINASI

Ada beberapa jenis halusinasi menurut (Stuart dan Laraia, 2005) membagi halusinasi menjadi 7 jenis halusinasi meliputi: halusinasi pendengaran (*auditory*), halusinasi penglihatan (*visual*), halusinasi penghidu (*olfactory*), halusinasi pengecapan (*gustatory*), halusinasi perabaan (*tactile*), halusinasi *cenesthetic*, halusinasi *kinesthetic*.

Lebih kurang 70% halusinasi merupakan halusinasi pendengaran, 20% halusinasi penglihatan. Sementara halusinasi pengecapan, penghidu, perabaan, *kinesthetic* dan *cenesthetic* meliputi 10%. Karakteristik masing-masing jenis halusinasi ada pada tabel.

Tabel. Karakteristik Halusinasi, (Stuart dan Laraia, 2005).

Jenis Halusinasi	Karakteristik
<b>Pendengaran</b>	Mendengar suara-suara atau kebisingan, paling sering suara orang. Suara berbentuk kebisingan yang kurang jelas sampai kata-kata yang jelas berbicara tentang klien, bahkan sampai kepercakapan lengkap antara dua orang atau lebih tentang orang yang mengalami halusinasi. Pikiran yang terdengar dimana klien mendengar perkataan bahwa pasien disuruh untuk melakukan sesuatu yang kadang-kadang membahayakan.
<b>Penglihatan</b>	Stimulus visual dalam bentuk kilatan cahaya, gambaran geometris, gambaran kartoon, bayangan yang rumit dan kompleks. bayangan bisa menyenangkan atau menakutkan seperti melihat monster
<b>Penghidu</b>	Membaui bau-bauan tertentu seperti bau darah, urine atau feces, umumnya bau-bauan yang tidak menyenangkan. Halusinasi penghidu sering akibat stroke, tumor, kejang atau demensia
<b>Pengecapan</b>	Merasa mengecap rasa seperti darah, urine atau feces
<b>Perabaan</b>	Mengalami nyeri atau ketidak nyamanan tanpa stimulus yang jelas. Rasa tersetrum listrik yang datang dari tanah, benda mati atau orang lain
<b>Cenesthetic</b>	Merasakan fungsi tubuh seperti aliran darah di vena atau arteri, pencernaan makanan atau pembentukan urine
<b>Kinesthetic</b>	Merasakan pergerakan sementara berdiri tanpa bergerak



## 5. FASE-FASE HALUSINASI

Halusinasi yang dialami klien bisa berbeda intensitas dan keparahannya. Stuart dan Laraia (2005) membagi fase halusinasi dalam 4 fase berdasarkan tingkat ansietas yang dialami dan kemampuan klien mengendalikan dirinya. Semakin berat fase halusinasinya, klien semakin berat mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya. Fase-fase lengkap tercantun dalam tabel.

Tabel. Fase-Fase Halusinasi (Stuart dan Laraia, 2005).

Fase Halusinasi	Karakteristik	Perilaku klien
<b>Fase.I</b> <b>Comforting</b> Ansietas sedang Halusinasi menyenangkan	Klien mengalami perasaan yang mendalam seperti ansietas, kesepian, rasa bersalah, takut dan mencoba untuk berfokus pada pikiran menyenangkan untuk meredakan ansietas. individu mengenali bahwa pikiran-pikiran dan pengalaman sensori berada dalam kendali kesadaran jika ansietas dapat ditangani  <b>NON PSIKOTIK</b>	1. Tersenyum atau tertawa yang tidak sesuai 2. Menggerakkan bibir tanpa suara 3. Pergerakan mata yang cepat 4. Respon verbal yang lambat jika sedang asyik 5. Diam dan asyik sendiri
<b>Fase.II</b> <b>Condemning</b> Ansietas Berat Halusinasi menjadi menjijikkan	1. Pengalaman sensori yang menjijikkan dan menakutkan 2. Klien mulai lepas kendali dan mungkin mencoba untuk mengambil jarak dirinya dengan sumber yang dipersepsikan 3. Klien mungkin mengalami dipermalukan oleh pengalaman sensori dan menarik diri dari orang lain 4. Mulai merasa kehilangan kontrol 5. Tingkat kecemasan berat secara umum halusinasi menyebabkan perasaan antipati  <b>PSIKOTIK RINGAN</b>	1. Meningkatnya tanda-tanda system saraf otonom akibat ansietas seperti peningkatan denyut jantung, pernapasan dan tekanan darah 2. Rentang perhatian menyempit 3. Asyik dengan pengalaman sensori dan kehilangan kemampuan membedakan halusinasi dan realita 4. Menyalahkan 5. Menarik diri dari orang lain 6. Konsentrasi terhadap pengalaman sensori kerja

<b>Fase.III</b> <b>Controlling</b> Ansietas Berat Pengalaman sensorial jadi berkuasa	1. Klien berhenti melakukan perlawanan terhadap halusinasi dan menyerah pada halusinasi tersebut 2. Isi halusinasi menjadi menarik 3. Klien mungkin mengalami pengalaman kesepian jika sensorial halusinasi berhenti  <b>PSIKOTIK</b>	1. Kemauan yang dikendalikan halusinasi akan lebih diikuti 2. Kesukaran berhubungan dengan orang lain 3. Rentang perhatian hanya beberapa detik atau menit 4. Adanya tanda-tanda fisik ansietas berat: berkeringat, tremor dan tidak mampu mematuhi perintah 5. Isi halusinasi menjadi atraktif 6. Perintah halusinasi ditaati 7. Tidak mampu mengikuti perintah dari perawat, tremor dan berkeringat
<b>Fase.IV</b> <b>Conquering</b> Panic Umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya	1. Pengalaman sensorial menjadi mengancam jika klien mengikuti perintah halusinasinya 2. Halusinasi berahir dari beberapa jam atau hari jika tidak ada intervensi therapeutic  <b>PSIKOTIK BERAT</b>	1. Perilaku terror akibat panik 2. Potensi kuat suicide atau homicide 3. Aktifitas fisik merefleksikan isi halusinasi seperti perilaku kekerasan, agitasi, menarik diri atau katatonik 4. Tidak mampu berespon terhadap perintah yang kompleks 5. Tidak mampu berespon lebih dari satu orang 6. Agitasi atau kataton

## 6. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TERJADINYA HALUSINASI

Halusinasi merupakan salah satu gejala dan menentukan diagnosisnya klien mengalami psikotik khususnya Schizofrenia yang dipengaruhi oleh faktor (stuart dan Laraia, 2005), tersebut dibawah ini antara lain:

## 1. FAKTOR PREDISPOSISI

Adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai faktor perkembangan sosial kultural, biokimia, psikologis dan genetik yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Beberapa faktor predisposisi yang berkontribusi pada munculnya respon neurobiologi seperti pada halusinasi (Stuart dan Laraia, 2005), antara lain:

- a. **Faktor Genetik**, telah diketahui bahwa secara genetik schizophrenia diturunkan melalui kromosom-kromosom tertentu. Namun demikian kromosom yang keberapa yang menjadi faktor penentu gangguan ini sampai sekarang masih dalam tahap penelitian. Anak kembar identik memiliki kemungkinan mengalami schizophrenia sebesar 50 % jika salah satunya mengalami schizophrenia, sementara jika dizygote peluangnya sebesar 15 %. Seorang anak yang salah satu orang tuanya mengalami schizophrenia berpeluang 15 % mengalami schizophrenia, sementara bila kedua orang tuanya schizophrenia maka peluangnya menjadi 35 %.
- b. **Faktor Perkembangan**, Jika tugas perkembangan mengalami hambatan dan hubungan interpersonal terganggu maka individu akan mengalami stress dan kecemasan.
- c. **Faktor neurobiologi**, ditemukan bahwa kortex pre frontal dan kortex limbic pada klien dengan schizophrenia tidak pernah berkembang penuh. Ditemukan juga pada klien schizophrenia terjadi penurunan volume dan fungsi otak yang abnormal. Neurotransmitter juga tidak ditemukan tidak normal khususnya dopamine, serotonin dan glutamat.
- d. **Study neurotransmitter**, Schizofrenia diduga juga disebabkan oleh adanya ketidak seimbangan neurotransmitter. Dopamine berlebihan, tidak seimbang dengan kadar serotonin.
- e. **Faktor Biokimia**, Mempunyai pengaruh terhadap terjadinya gangguan jiwa. Dengan adanya stress yang berlebihan dialami seseorang maka didalam tubuh akan dihasilkan suatu zat yang dapat bersifat halusinogenik neurokimia seperti Buflofenon dan Dimetytranferase (DMP).

- f. **Teori Virus**, Paparan virus Influenzae pada trimester ke-3 kehamilan dapat menjadi factor predisposisi schizofrenia
- g. **Psikologis**, Beberapa kondisi psikologis yang menjadi factor predisposisi schizofrenia antara lain anak yang diperlakukan oleh ibu yang pencemas, terlalu melindungi, dingin dan tidak berperasaan, sementara ayah yang mengambil jarak dengan anaknya. Sementara itu hubungan interpersonal yang tidak harmonis serta adanya peran ganda yang bertentangan dan sering diterima oleh anak akan mengakibatkan stress dan kecemasan yang tinggi dan berakhir dengan gangguan orientasi realitas.
- h. **Faktor Sosiokultural**, Berbagai faktor dimasyarakat dapat menyebabkan seorang merasa disingkirkan oleh kesepian terhadap lingkungan tempat klien di besarkan.

## **2. FAKTOR PRESIPITASI**

Yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Adanya rangsang lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi, objek yang ada dilingkungan juga suasana sepi/isolasi adalah sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Disamping itu juga oleh karena proses penghambatan dalam proses tranduksi dari suatu impuls yang menyebabkan terjadinya penyimpangan dalam proses interpretasi dan interkoneksi, sehingga dengan demikian faktor-faktor pencetus respon neurubiologis (Stuart dan Laraia, 2005), dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Berlebihnya proses informasi pada system syaraf yang menerima dan memproses informasi di thalamus dan frontal otak
- b. Mekanisme penghantaran listrik di syaraf terganggu (mekanisme gaitting abnormal)
- c. Gejala-gejala pemicu seperti kondisi kesehatan, lingkungan, sikap dan perilaku seperti yang tercantum di tabel berikut ini:



Tabel. Gejala-gejala pencetus respon neurobiologi (Stuart, Laraia, 2005).

KESEHATAN	1) nutrisi kurang 2) kurang tidur 3) ketidakseimbangan irama sirkadian 4) kelelahan 5) infeksi 6) obat-obat system syaraf pusat 7) kurangnya latihan 8) hambatan untuk menjangkau pelayanan kesehatan
LINGKUNGAN	1) lingkungan yang memusuhi, krisis 2) masalah di rumah tangga 3) kehilangan kebebasan hidup 4) perubahan kebiasaan hidup, pola aktifitas sehari-hari 5) kesukaran dalam hubungan dengan orang lain 6) isolasi sosial 7) kurangnya dukungan sosial 8) tekanan kerja (ketrampilan dalam bekerja) 9) kurangnya alat transportasi 10) ketidakmampuan dalam mendapatkn pekerjaan
SIKAP/PERILKU	1) merasa tidak mampu (harga diri rendah) 2) putus asa (tidak percaya diri) 3) merasa gagal (kehilangan motivasi dalam menggunakan ketrampilan diri) 4) kehilangan kendali diri (demoralisasi) 5) merasa punya kekuatan berlebihan dengan gejala tersebut 6) mcrasa malang (tidak dapat memenuhi kebutuhan spiritual 7) bertindak tidak seperti orang lain dari segi usia maupun kebudayaan 8) rendahnya kemampuan sosialisasi 9) ketidakadequatan pengobatan 10) perilaku agresif 11) perilaku kekerasan 12) ketidakadequatan penanganan gejala

## 7. MEKANISME KOPING

Mekanisme koping yang sering digunakan klien dengan halusinasi (Stuart, Laraia, 2005) meliputi:

1. Regresi: menjadi malas beraktifitas sehari-hari.
2. Proyeksi: mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu benda.
3. Menarik diri: sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal.
4. Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh klien.

## 8. VALIDASI INFORMASI TENTANG HALUSINASI

Halusinasi benar-benar riil dirasakan oleh klien yang mengalaminya, seperti mimpi saat tidur. Klien mungkin tidak punya cara untuk menentukan persepsi tersebut nyata. Sama halnya seperti seseorang yang mendengarkan siaran ramalan cuaca dan tidak lagi meragukan orang yang berbicara tentang cuaca tersebut. Ketidakmampuan untuk mempersepsikan stimulus secara riil dapat menyulitkan kehidupan klien. Karenanya halusinasi menjadi prioritas untuk segera diatasi. Sangat penting untuk memberi kesempatan klien untuk menjelaskan tentang halusinasi yang dialaminya secara leluasa. Perawat membutuhkan kemampuan untuk berbicara tentang halusinasi, karena dengan perbincangan halusinasi dapat menjadi indikator sejauh mana gejala psikotik klien diatasi. Untuk memfasilitasinya, klien perlu dibuat nyaman untuk menceritakan perihal halusinasinya. Klien yang mengalami halusinasi sering kecewa karena mendapatkan respon negatif ketika mereka menceritakan kepada orang lain. Karenanya banyak klien kemudian enggan untuk menceritakan pengalaman-pengalaman aneh halusinasinya (Stuart, Laraia, 2005).

Pengalaman halusinasi menjadi masalah untuk dibicarakan dengan orang lain. Kemampuan untuk bercakap-cakap tentang halusinasi yang dialami oleh klien sangat penting untuk memastikan dan memvalidasi pengalaman halusinasi tersebut. Perawat harus memiliki ketulusan dan perhatian yang penuh untuk dapat memfasilitasi percakapan tentang halusinasi. Perilaku klien yang mengalami halusinasi sangat tergantung pada jenis halusinasinya apakah halusinasinya merupakan halusinasi pendengaran, penglihatan, penghidu, pengecapan, perabaan, cenesthetic, kinesthetic. Secara lengkap karakteristik masing-masing jenis dan fase halusinasi tercantum dalam tabel. Apakah perawat mengidentifikasi adanya tanda-tanda dan perilaku halusinasi, maka pengkajian selanjutnya harus dilakukan tidak hanya sekedar mengetahui jenis halusinasinya saja. Validasi informasi tentang halusinasi yang diperlukan (stuart dan Laraia, 2005), meliputi:

1. **Isi Halusinasi** yang dialami oleh klien. Ini dapat dikaji dengan menanyakan suara siapa yang didengar, berkata apa bila halusinasi yang dialami adalah halusinasi dengar. Atau apa bentuk bayangan yang dilihat klien bila jenis halusinasinya adalah halusinasi penglihatan, bau apa yang tercium bila

halusinasinya adalah halusinasi penghidu, rasa apa yang dikecap untuk halusinasi pengecap, atau merasakan apa dipermukaan tubuh bila halusinasi perabaan.

2. **Waktu dan frekwensi halusinsi.** Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien kapan pengalaman halusinasi muncul, berapa hari sekali, seminggu atau bulan pengalaman halusinasi itu muncul, bila klien diminta menjelaskan kapan persisnya waktu terjadi halusinasi tersebut. Informasi ini penting untuk mengidentifikasi pencetus halusinasi dan menentukan bilamana klien perlu diperhatikan saat mengalami halusinasi.
3. **Situasi pencetus halusinasi.** Perawat perlu mengidentifikasi situasi yang dialami klien sebelum mengalami halusinasi. Ini dapat dikaji dengan menanyakan kepada klien peristiwa atau kejadian yang dialami sebelum halusinasi ini muncul. Selain itu perawat juga bisa mengobservasi apa yang dialami klien menjelang muncul halusinasi untuk memvalidasi pernyataan klien.
4. **Respon klien.** Untuk menentukan sejauh mana halusinasi telah mempengaruhi klien. Bisa dikaji dengan menanyakan apa yang dilakukan klien saat mengalami pengalaman halusinasi. Apakah klien masih bisa mengontrol stimulus halusinasi atau sudah tidak berdaya lagi terhadap halusinasi (Stuart, Laraia, 2005).

## **9. PENATALAKSANAAN SECARA MEDIS PADA HALUSINASI**

Penatalaksanaan klien skizoprenia yang mengalami Halusinasi adalah dengan pemberian obat – obatan dan tindakan lain, (Stuart, Laraia, 2005) yaitu:

1. Psikofarmakologis, obat yang lazim digunakan pada gejala halusinasi pendengaran yang merupakan gejala psikosis pada klien skizoprenia adalah obat anti psikosis. Adapun kelompok yang umum digunakan adalah: Fenotiazin Asetofenazin (Tindal), Klorpromazin (Thorazine), Flufenazine (Prolixine, Permitil), Mesoridazin (Serentil), Perfenazin (Trilafon), Proklorperazin (Compazine), Promazin (Sparine), Tioridazin (Mellaril), Trifluoperazin (Stelazine), Trifluopromazin (Vesprin) 60-120 mg, Tioksanten Klorprotiksen (Taractan), Tiotiksen (Navane) 75-600 mg, Butirofenon



Haloperidol (Haldol) 1-100 mg, Dibenzodiazepin Klorazepin (Klorazil) 300-900 mg, Dibenzokasazepin Loksapin (Loxitane) 20-150 mg, Dihidroindolon Molindone (Moban) 15-225 mg

2. Terapi kejang listrik/Electro Compulsive Therapy (ECT)
3. Terapi aktivitas kelompok (TAK)

## B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN HALUSINASI

Standar asuhan keperawatan atau standar praktek keperawatan mengacu pada standar praktek profesional dan standar kinerja profesional. Standar praktek profesional di Indonesia telah dijabarkan oleh (PPNI, 2009). Standar praktek profesional tersebut juga mengacu pada proses keperawatan jiwa terdiri dari lima tahap standar yaitu: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis, 3) Perencanaan, 4) Pelaksanaan (Implementasi), dan 5) Evaluasi (PPNI, 2009).

### 1. PENGKAJIAN

Pengkajian adalah Merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Iyer *et.al.*, 1996). Pengkajian pada klien dengan halusinasi difokuskan pada:

<b>Faktor Predisposisi</b>	Faktor perkembangan terlambat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Usia bayi, tidak terpenuhi kebutuhan makanan, minum dan rasa aman</li> <li>2. Usia balita, tidak terpenuhi kebutuhan otonomi</li> <li>3. Usia sekolah mengalami peristiwa yang tidak terselesaikan</li> </ol>
	Faktor psikologis	Mudah kecewa, mudah putus asa, kecemasan tinggi, menutup diri, ideal diri tinggi, harga diri rendah, identitas diri tidak jelas, krisis peran, gambaran diri negatif dan koping destruktif.
	Faktor sosial budaya	Isolasi sosial pada yang usia lanjut, cacat, sakit kronis, tuntutan lingkungan yang terlalu tinggi.



	Faktor biologis	Adanya kejadian terhadap fisik, berupa atrofi otak, pembesaran ventrikel, perubahan besar dan bentuk sel korteks dan limbic.
	Faktor genetik	Adanya pengaruh herediter (keturunan) berupa anggota keluarga terdahulu yang mengalami schizoprenia dan kembar monozigot.
<b>Perilaku</b>	Perilaku yang sering tampak pada klien dengan halusinasi antara lain	Bibir komat-kamit, tertawa sendiri, bicara sendiri, kepala mengangguk-angguk, seperti mendengar sesuatu, tiba-tiba menutup telinga, gelisah, bergerak seperti mengambil atau membuang sesuatu, tiba-tiba marah dan menyerang, duduk terpaku, memandang satu arah, menarik diri.
<b>Fisik</b>	ADL	Nutrisi tidak adekuat bila halusinasi memerintahkan untuk tidak makan, tidur terganggu karena ketakutan, kurang kebersihan diri atau tidak mandi, tidak mampu berpartisipasi dalam kegiatan aktivitas fisik yang berlebihan, agitasi gerakan atau kegiatan ganjil.
	Kebiasaan	Berhenti dari minuman keras, penggunaan obat-obatan, zat halusinogen, tingkah laku merusak diri.
	Riwayat kesehatan	Schizofrenia, delirium berhubungan dengan riwayat demam dan penyalahgunaan obat.
<b>Fungsi sistem tubuh</b>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan berat badan, hipotermia (demam)</li> <li>2. Neurologikal perubahan mood, disorientasi</li> <li>3. Ketidak efektifan endokrin oleh peningkatan temperatur</li> </ol>
<b>Status emosi</b>		Afek tidak sesuai, perasaan bersalah atau malu, sikap negatif dan bermusuhan, kecemasan berat atau panik, suka berkelahi.

<b>Status intelektual</b>	Gangguan persepsi, penglihatan, pendengaran, penciuman dan kecap, isi pikir tidak realistis, tidak logis dan sukar diikuti atau kaku, kurang motivasi, koping regresi dan denial serta sedikit bicara.
<b>Status sosial</b>	Putus asa, menurunnya kualitas kehidupan, ketidakmampuan mengatasi stress dan kecemasan. (Stuart, Laraia, 2005).

## 2. DIAGNOSA KEPERAWATAN

Klien yang mengalami halusinasi dapat kehilangan kontrol dirinya sehingga bisa membahayakan dirinya, orang lain maupun lingkungan. Hal ini terjadi jika halusinasi sudah sampai pada fase IV, dimana klien mengalami panik dan perilakunya dikendalikan oleh isi halusinasinya. Klien benar-benar kehilangan kemampuan penilaian realitas terhadap lingkungan. Dalam situasi ini klien dapat melakukan bunuh diri (suicide), membunuh orang lain (homicide) dan bahkan merusak lingkungan. Selain masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, klien biasanya juga mengalami masalah-masalah keperawatan yang menjadi penyebab (sebagai Triger) munculnya halusinasi. Masalah-masalah itu antara lain harga diri rendah dan isolasi sosial (Stuart dan Laraia, 2005). Ini memicu terjadinya halusinasi. Dari masalah tersebut, ditemukan masalah keperawatan antara lain

<b>Masalah Keperawatan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Resiko perilaku kekerasan</li> <li>b. Halusinasi</li> <li>c. Harga diri rendah</li> <li>d. Gangguan hubungan sosial</li> </ul>
<b>Tujuan Asuhan Keperawatan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien dapat membina hubungan saling percaya</li> <li>b. Klien mengenal halusinasi yang dialaminya</li> <li>c. Klien dapat mengontrol halusinasi</li> <li>d. Klien dapat mendukung keluarga untuk mengontrol halusinasi</li> <li>e. Klien dapat memanfaatkan obat untuk mengatasi halusinasi</li> </ul> <p>(Stuart, Laraia, 2005).</p>

### 3. INTERVENSI KLIEN DENGAN HALUSINASI

**Tujuan Umum:** Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan.

Tujuan Khusus	Kriteria evaluasi	Intervensi
<b>TUK 1.</b> Klien tidak mencederai diri sendiri, orang lain dan lingkungan	Ekspresi wajah bersahabat, menunjukkan rasa senang, ada kontak mata, mau berjabat tangan, mau menyebut nama, mau menjawab salam, klien mau duduk berdampingan dengan perawat dan mau mengutarakan masalah yang dihadapi.	Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan prinsip komunikasi Therapeutik: 1) Sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2) Perkenalkan diri dengan sopan 3) Tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai 4) Jelaskan tujuan pertemuan 5) Jujur dan menepati janji 6) Tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya 7) Beri perhatian kepada klien dan perhatikan kebutuhan dasar klien.
<b>TUK 2.</b> Klien dapat mengenal halusinasinya	1. Klien dapat menyebutkan waktu, isi, frekuensi timbulnya halusinasi. 2. Klien dapat mengungkapkan perasaan terhadap halusinasinya	a. Adakan kontak sering dan singkat secara bertahap b. Observasi tingkah laku klien terkait dengan halusinasinya: bicara dan tertawa tanpa stimulus, memandang kekiri/kekanan/ke depan seolah-olah ada teman bicara c. Bantu klien mengenal halusinasi: 1) Jika menemukan klien yang sedang halusinasi, tanyakan apakah ada suara yang didengar 2) Jika klien menjawab ada, lanjutkan apa yang dikatakan 3) Katakan bahwa perawat percaya klien mendengar suara itu, namun perawat sendiri tidak mendengarnya (dengan nada bersahabat tanpa menuduh dan menghakimi) 4) Katakan bahwa klien lain juga ada yang seperti klien 5) Katakan bahwa perawat/perawat akan membantu klien d. Diskusikan dengan klien: 1) Situasi yang menimbulkan/tidak menimbulkan Halusinasi 2) Waktu dan frekuensi terjadinya halusinasi (pagi, siang, sore dan malam atau jika sendiri, jengkel/sedih e. Diskusikan dengan klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (marah/takut, sedih, senang) beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya

<p><b>TUK 3.</b> Klien dapat mengontrol halusinasinya</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan tindakan yang biasa dilakukan untuk mengendalikan halusinasinya</li> <li>2. Klien dapat menyebutkan cara baru dalam mengontrol halusinasinya</li> <li>3. Klien dapat memilih cara mengatasi halusinasi seperti yang telah didiskusikan dengan klien</li> <li>4. Klien dapat melaksanakan cara yang telah dipilih untuk mengendalikan halusinasinya</li> <li>5. Klien dapat mengikuti terapi aktifitas kelompok</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi bersama klien apa yang dirasakan jika terjadi halusinasi (tidur, marah, menyibukkan diri dan lain-lain)</li> <li>b. Diskusikan manfaat dan cara yang digunakan klien, jika bermanfaat beri pujian</li> <li>c. Diskusikan cara baru untuk memutuskan/mengontrol timbulnya halusinasi antara lain dengan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Katakan : saya tidak mendengar kamu (pada saat halusinasi terjadi)</li> <li>2. Menemui orang lain (perawat, teman, anggota keluarga) untuk bercakap-cakap atau mengatakan halusinasi yang didengar</li> <li>3. Membuat jadwal kegiatan sehari-hari agar halusinasi tidak muncul</li> <li>4. Meminta keluarga/perawat/teman menyapa jika tampak bicara sendiri</li> </ol> </li> <li>d. Bantu klien memilih dan melatih cara memutuskan halusinasi secara bertahap</li> <li>e. Beri kesempatan untuk melakukan cara yang telah dipilih. Evaluasi hasilnya dan beri pujian bila berhasil</li> <li>f. Anjurkan klien untuk mengikuti terapi aktifitas kelompok, orientasi realita, stimulasi persepsi</li> </ol>
<p><b>TUK 4.</b> Klien dapat dukungan keluarga dalam mengontrol halusinasinya</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</li> <li>2. Keluarga dapat menyebutkan pengertian, tanda dan tindakan untuk mengendalikan halusinasinya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan klien untuk memberitahu keluarga jika mengalami halusinasi</li> <li>b. Diskusikan dengan keluarga (pada saat keluarga berkunjung/pada saat kunjungan rumah): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gejala halusinasi yang dialami klien</li> <li>2. Cara yang dapat dilakukan klien dan keluarga untuk memutuskan halusinasi</li> <li>3. Cara merawat anggota keluarga yang mengalami halusinasi di rumah : beri kegiatan, jangan biarkan sendiri, makan bersama, bepergian bersama</li> <li>4. Beri informasi waktu follow up atau kapan perlu mendapat bantuan: halusinasi tidak terkontrol dan resiko mencederai orang lain.</li> </ol> </li> </ol>
<p><b>TUK 5.</b> Klien dapat memanfaatkan obat dengan baik</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dan keluarga dapat menyebutkan manfaat, dosis dan efek samping obat</li> <li>2. Klien dapat mendemonstrasikan penggunaan obat</li> <li>3. Klien dapat informasi tentang manfaat dan efek samping obat</li> <li>4. Klien memahami akibat berhentinya obat tanpa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Diskusikan dengan klien dan keluarga tentang dosis, frekuensi serta manfaat obat</li> <li>b. Anjurkan klien minta sendiri obat pada perawat dan merasakan manfaatnya</li> <li>c. Anjurkan klien bicara dengan dokter tentang manfaat dan efek samping obat yang dirasakan</li> <li>d. Diskusikan akibat berhentinya obat-obat tanpa konsultasi</li> </ol>



	konsultasi 5. Klien dapat menyebutkan prinsip benar penggunaan obat	c. Bantu klien menggunakan obat dengan prinsip 5 (lima) benar
--	--	---

### **DIAGNOSA KEPERAWATAN 1 :**

**Resiko tinggi perilaku kekerasan berhubungan dengan halusinasi pendengaran**

**Tujuan umum:** Klien dapat mengendalikan halusinasinya.

<b>TUK 1</b>	<b>Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Salam terapeutik</li> <li>b. Perkenalkan diri</li> <li>c. Jelaskan tujuan interaksi</li> <li>d. Buat kontrak yang jelas</li> <li>e. Menerima klien apa adanya</li> <li>f. Kontak mata positif</li> <li>g. Ciptakan lingkungan yang terapeutik</li> </ol> </li> <li>2. Dorong klien dan beri kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya</li> <li>3. Dengarkan ungkapan klien dengan rasa empati</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hubungan saling percaya sebagai dasar interaksi yang terapeutik antara perawat dan klien</li> <li>2. Ungkapan perasaan oleh klien sebagai bukti bahwa klien mempercayai perawat</li> <li>3. Empati perawat akan meningkatkan hubungan terapeutik perawat-klien</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	Klien dapat mengungkapkan perasaannya dan kondisinya secara verbal.
<b>TUK 2</b>	<b>Klien dapat mengenali halusinasinya</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adakan kontak secara sering dan singkat</li> <li>2. Observasi tingkah laku verbal dan non verbal klien yang terkait dengan halusinasi (sikap seperti mendengarkan sesuatu, bicara atau tertawa sendiri, terdiam di tengah – tengah pembicaraan).</li> <li>3. Terima halusinasi sebagai hal yang nyata bagi klien dan tidak nyata bagi perawat.</li> <li>4. Identifikasi bersama klien tentang waktu munculnya halusinasi, isi halusinasi dan frekuensi timbulnya halusinasi.</li> <li>5. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya ketika halusinasi muncul.</li> <li>6. Diskusikan dengan klien mengenai perasaannya saat terjadi halusinasi.</li> </ol>

<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi waktu kosong bagi klien untuk menyendiri.</li> <li>2. Mengumpulkan data intervensi terkait dengan halusinasi.</li> <li>3. Memperkenalkan hal yang merupakan realita pada klien.</li> <li>4. Melibatkan klien dalam memperkenalkan halusinasinya.</li> <li>5. Mengetahui koping klien sebagai data intervensi keperawatan selanjutnya.</li> <li>6. Membantu klien mengenali tingkah lakunya saat halusinasi.</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat membedakan hal yang nyata dan yang tidak setelah 3-4 kali pertemuan</li> <li>2. dengan menceritakan hal – hal yang nyata.</li> <li>3. Klien dapat menyebutkan situasi, isi dan waktu timbulnya halusinasi setelah 3 kali pertemuan.</li> <li>4. Klien dapat mengungkapkan respon perilakunya saat halusinasi terjadi setelah 2 kali pertemuan.</li> </ol>
<b>TUK 3                      Klien dapat mengendalikan halusinasinya</b>	
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tindakan klien yang positif.</li> <li>2. Beri pujian atas tindakan klien yang positif.</li> <li>3. Bersama klien merencanakan kegiatan untuk mencegah terjadinya halusinasi.</li> <li>4. Diskusikan ajarkan cara mengatasi halusinasi.</li> <li>5. Dorong klien untuk memilih cara yang disukai untuk mengontrol halusinasi.</li> <li>6. Beri pujian atas pilihan klien yang tepat.</li> <li>7. Dorong klien untuk melakukan tindakan yang telah dipilih.</li> <li>8. Diskusikan dengan klien hasil atau upaya yang telah dilakukan.</li> <li>9. Beri penguatan atas upaya yang telah berhasil dilakukan dan beri solusi jika ada keluhan klien tentang cara yang dipilih.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui cara-cara klien mengatasi halusinasi baik yang positif maupun yang negatif.</li> <li>2. Menghargai respon atau upaya klien.</li> <li>3. Melibatkan klien dalam menentukan rencana intervensi.</li> <li>4. Memberikan informasi dan alternatif cara mengatasi halusinasi pada klien.</li> <li>5. Memberi kesempatan pada klien untuk memilihkan cara sesuai kehendak dan kemampuannya.</li> <li>6. Meningkatkan rasa percaya diri klien.</li> <li>7. Motivasi respon klien atas upaya yang telah dilakukan.</li> <li>8. Melibatkan klien dalam menghadapi masalah halusinasi lanjutan</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan tindakan yang dapat dilakukan dan saat halusinasi terjadi setelah dua kali pertemuan.</li> <li>2. Klien dapat menyebutkan 2 dari 3 cara mengatasi halusinasi.</li> </ol>

<b>TUK 4</b>	<b>Klien dapat menggunakan obat untuk mengontrol halusinasinya.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan klien tentang obat untuk mengontrol halusinasinya.</li> <li>2. Bantu klien untuk memutuskan bahwa klien minum obat sesuai program dokter.</li> <li>3. Observasi tanda dan gejala terkait efek dan efek samping obat.</li> <li>4. Diskusikan dengan dokter tentang efek dan efek samping obat.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan informasi dan meningkatkan pengetahuan klien tentang efek obat.</li> <li>2. Terhadap halusinasinya.</li> <li>3. Memastikan klien meminum obat secara teratur.</li> <li>4. Mengobservasi efektivitas program pengobatan.</li> <li>5. Memastikan efek obat – obatan yang tidak diharapkan terhadap klien.</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	Klien meminum obat secara teratur sesuai instruksi dokter.
<b>TUK 5</b>	<b>Klien mendapat dukungan keluarga dalam mengendalikan halusinasi.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya dengan klien.</li> <li>2. Kaji pengetahuan keluarga tentang halusinasi dan tindakan yang dilakukan keluarga dalam merawat klien.</li> <li>3. Beri penguatan positif atas upaya yang baik dalam merawat klien.</li> <li>4. Diskusikan dan ajarkan dengan keluarga tentang: halusinasi, tanda – tanda dan cara merawat halusinasi.</li> <li>5. Beri pujian atas upaya keluarga yang positif.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sebagai upaya membina hubungan terapeutik dengan keluarga.</li> <li>2. Mencari data awal untuk menentukan intervensi selanjutnya.</li> <li>3. Penguatan untuk menghargai upaya keluarga.</li> <li>4. Memberikan informasi dan mengajarkan keluarga tentang halusinasi dan cara merawat klien.</li> <li>5. Pujian untuk menghargai keluarga.</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	Keluarga dapat menyebutkan cara – cara merawat klien halusinasi.

#### **DIAGNOSA KEPERAWATAN 2 :**

**Perubahan sensori persepsi halusinasi pendengaran berhubungan dengan isolasi social: menarik diri.**

**Tujuan umum:** Klien dapat berhubungan dengan orang lain dan lingkungan sehingga halusinasi dapat dicegah.



<b>TUK 1</b>	<b>Klien dapat membina hubungan saling percaya dengan perawat.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya</li> <li>2. Menyapa klien dengan ramah</li> <li>3. Mengingatkan kontrak</li> <li>4. Terima klien apa adanya</li> <li>5. Jelaskan tujuan pertemuan</li> <li>6. Sikap terbuka dan empati</li> </ol>
<b>Rasional</b>	Kejujuran, kesediaan dan penerimaan meningkatkan kepercayaan hubungan antara klien dengan perawat.
<b>Evaluasi</b>	Setelah 2 kali pertemuan klien dapat menerima kehadiran perawat.
<b>TUK 2</b>	<b>Klien dapat mengenal perasaan yang menyebabkan perilaku menarik diri</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri.</li> <li>2. Beri kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri.</li> <li>3. Diskusikan bersama klien tentang menarik dirinya.</li> <li>4. Beri pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui sejauh mana pengetahuan klien tentang menarik diri sehingga perawat</li> <li>2. dapat merencanakan tindakan yang selanjutnya.</li> <li>3. Untuk mengetahui alasan klien menarik diri.</li> <li>4. Meningkatkan harga diri klien sehingga berani bergaul dengan lingkungan sosialnya.</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	Setelah 1 kali pertemuan klien dapat menyebutkan penyebab atau alasan menarik diri.
<b>TUK 3</b>	<b>Klien dapat mengetahui keuntungan berhubungan dengan orang lain.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan tentang manfaat berhubungan dengan orang lain.</li> <li>2. Dorong klien untuk menyebutkan kembali manfaat berhubungan dengan orang lain.</li> <li>3. Beri pujian terhadap kemampuan klien dalam menyebutkan manfaat berhubungan dengan orang lain.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan pengetahuan klien tentang perlunya berhubungan dengan orang lain.</li> <li>2. Untuk mengetahui tingkat pemahaman klien terhadap informasi yang telah diberikan.</li> <li>3. Reinforcement positif dapat meningkatkan harga diri klien.</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	<p>Klien dapat menyebutkan 2 dari 3 manfaat berhubungan dengan orang lain</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mendapat teman</li> <li>b. Dapat mengungkapkan perasaan</li> <li>c. Membantu memecahkan masalah</li> </ol>



<b>TUK 4</b>	<b>Klien dapat berhubungan dengan orang lain secara bertahap.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dorong klien untuk menyebutkan cara berhubungan dengan orang lain.</li> <li>2. Dorong dan bantu klien berhubungan dengan orang lain secara bertahap antara lain : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Klien-perawat Klien-perawat-perawat lain</li> <li>b. Klien-perawat-perawat lain-klien lain</li> <li>c. Klien-kelompok kecil (TAK)</li> <li>d. Klien-keluarga</li> </ol> </li> <li>3. Libatkan klien dalam kegiatan TAK dan ADL ruangan</li> <li>4. Reinforcement positif atas keberhasilan yang telah dicapai klien.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui pemahaman klien terhadap informasi yang telah diberikan.</li> <li>2. Klien mungkin mengalami perasaan tidak nyaman, malu dalam berhubungan sehingga perlu dilatih secara bertahap dalam berhubungan dengan orang lain.</li> <li>3. Membantu klien dalam mempertahankan hubungan interpersonal.</li> <li>4. Reinforcement positif dapat meningkatkan harga diri klien.</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	<p>Klien dapat menyebutkan cara berhubungan dengan orang lain, misalnya :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Membalas sapaan perawat</li> <li>b. Kontak mata positif</li> <li>c. Mau berinteraksi</li> </ol>
<b>TUK 5</b>	<b>Klien mendapat dukungan dari keluarga dalam berhubungan dengan orang lain.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan tentang manfaat berhubungan dengan orang lain.</li> <li>2. Dorong klien untuk mengemukakan perasaan keluarga</li> <li>3. Dorong klien untuk mengikuti kegiatan bersama keluarga seperti : makan, ibadah dan rekreasi.</li> <li>4. Jelaskan kepada keluarga tentang kebutuhan klien.</li> <li>5. Bantu keluarga untuk tetap mempertahankan hubungan dengan klien yaitu memperlihatkan perhatian dengan kunjungan rumah sakit.</li> <li>6. Beri klien penguatan misalnya: membawa makanan kesukaan klien.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi hambatan yang dirasakan klien.</li> <li>2. Untuk mengetahui sejauh mana hubungan klien dengan keluarga.</li> <li>3. Membantu klien dalam meningkatkan hubungan interpersonal dengan keluarga.</li> <li>4. Klien menarik diri membutuhkan perhatian yang khusus.</li> <li>5. Keterlibatan keluarga sangat membantu dalam</li> </ol>

	mengembangkan interaksi dengan lingkungannya.
	6. Meningkatkan rasa percaya diri klien kepada keluarga dan merasa diperhatikan.
<b>Evaluasi</b>	1. Setelah 2 kali pertemuan klien dapat membina hubungan dengan keluarga.
	2. Keluarga mengunjungi klien ke rumah sakit setiap minggu secara bergantian.

### **DIAGNOSA KEPERAWATAN 3**

**Isolasi sosial : menarik diri berhubungan dengan gangguan konsep diri : harga diri rendah.**

**Tujuan umum:** Klien mampu berhubungan dengan orang lain tanpa merasa rendah diri.

<b>TUK 1</b>	<b>Klien dapat memperluas kesadaran diri.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan klien kelebihan yang dimilikinya.</li> <li>2. Diskusikan kelemahan yang dimiliki klien.</li> <li>3. Beritahu klien bahwa manusia tidak ada yang sempurna, semua memiliki kelebihan dan kekurangan.</li> <li>4. Beritahu klien bahwa kekurangan bisa ditutupi dengan kelebihan yang dimiliki klien.</li> <li>5. Anjurkan klien untuk lebih meningkatkan kelebihan yang dimiliki klien.</li> <li>6. Beritahukan bahwa ada hikmah di balik kekurangan yang dimiliki.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi hal – hal positif yang masih dimiliki klien.</li> <li>2. Mengingatkan klien bahwa ia manusia biasa yang mempunyai kekurangan.</li> <li>3. Menghadirkan realita pada klien.</li> <li>4. Memberikan harapan pada klien.</li> <li>5. Memberikan kesempatan berhasil lebih tinggi.</li> <li>6. Agar klien tidak merasa putus asa.</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan kemampuan yang ada pada dirinya setelah 1 kali pertemuan.</li> <li>2. Klien dapat menyebutkan kelemahan yang dimiliki dan tidak menjadi halangan untuk mencapai keberhasilan.</li> </ol>
<b>TUK 2</b>	<b>Klien dapat menyelidiki dirinya.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan klien ideal dirinya, apa harapan selama di RS, rencana klien setelah pulang dan apa cita – cita yang ingin dicapai.</li> <li>2. Bantu klien mengembangkan antara keinginan dan kemampuan yang dimilikinya.</li> <li>3. Beri kesempatan klien untuk berhasil.</li> </ol>

<b>Rasional</b>	4. Beri reinforcement positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai.
	1. Untuk mengetahui sampai dimana realistis dari harapan klien.
<b>Evaluasi</b>	2. Membantu klien membentuk harapan yang realistis.
	3. Meningkatkan percaya diri klien.
<b>Evaluasi</b>	4. Meningkatkan penghargaan terhadap perilaku yang positif.
	Klien dapat menyebutkan cita-cita dan harapan yang sesuai dengan kemampuannya setelah 1 kali pertemuan.
<b>TUK 3      Klien dapat mengevaluasi dirinya.</b>	
<b>Intervensi</b>	1. Bantu klien mengidentifikasi kegiatan atau yang berhasil dicapainya.
	2. Kaji bagaimana perasaan klien dengan keberhasilan tersebut.
<b>Rasional</b>	3. Bicarakan kegagalan yang pernah dialami klien dan sebab – sebab kegagalan.
	4. Kaji bagaimana respon klien terhadap kegagalan tersebut dan cara mengatasinya.
<b>Evaluasi</b>	5. Jelaskan pada klien bahwa kegagalan yang dialami dapat menjadi pelajaran untuk mengatasi kesulitan yang mungkin terjadi di masa yang akan datang.
	1. Mengingatkan klien bahwa ia tidak selalu gagal.
<b>Rasional</b>	2. Memberi kesempatan klien untuk menilai dirinya sendiri.
	3. Mengetahui apakah kegagalan tersebut mempengaruhi klien.
<b>Evaluasi</b>	4. Mengetahui coping yang selama ini digunakan oleh klien.
	5. Memberikan kekuatan pada klien bahwa kegagalan itu bukan merupakan akhir dari suatu usaha.
<b>Evaluasi</b>	1. Klien dapat menyebutkan tujuan yang ingin dicapai setelah 1 kali pertemuan.
	2. Klien dapat membuat keputusan dan mencapai tujuan setelah 1 kali pertemuan.
<b>TUK 4      Klien dapat membuat rencana yang realistis.</b>	
<b>Intervensi</b>	1. Bantu klien merumuskan tujuan yang ingin dicapainya.
	2. Diskusikan dengan klien tujuan yang ingin dicapai dengan kemampuan klien.
<b>Rasional</b>	3. Bantu klien memilih prioritas tujuan yang mungkin dapat dicapainya.
	4. Beri kesempatan klien untuk melakukan kegiatan yang telah dipilih.
<b>Evaluasi</b>	5. Tunjukkan keterampilan dan keberhasilan yang telah dicapai klien.
	6. Ikut sertakan klien dalam kegiatan aktivitas kelompok.
<b>Evaluasi</b>	7. Beri reinforcement positif bila klien mau mengikuti kegiatan kelompok.



<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar klien tetap realistis dengan kemampuan yang dimiliki.</li> <li>2. Mempertahankan klien untuk tetap realistis.</li> <li>3. Agar prioritas yang dipilih sesuai dengan kemampuan.</li> <li>4. Menghargai keputusan yang telah dipilih klien.</li> <li>5. Memberikan penghargaan atas keberhasilan yang telah dicapai.</li> <li>6. Memberikan kesempatan klien di dalam kelompok mengembangkan kemampuannya.</li> <li>7. Meningkatkan harga diri klien.</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan tujuan yang ingin dicapai setelah 1 kali pertemuan.</li> <li>2. Klien dapat membuat keputusan dan mencapai tujuan setelah 1 kali pertemuan.</li> </ol>
<b>TUK 5</b>	<b>Klien dapat dukungan keluarga yang meningkatkan harga dirinya.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan keluarga tanda-tanda harga diri rendah.</li> <li>2. Anjurkan setiap anggota keluarga untuk mengenal dan menghargai klien tidak mengejek, tidak menjauhi.</li> <li>3. Anjurkan pada keluarga untuk memberikan kesempatan berhasil pada klien.</li> <li>4. Anjurkan pada keluarga untuk menerima klien apa adanya.</li> <li>5. Anjurkan keluarga untuk melibatkan klien dalam setiap pertemuan keluarga.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengantisipasi masalah yang timbul.</li> <li>2. Menyiapkan support sistem yang akurat.</li> <li>3. Memberikan kesempatan pada klien untuk sukses.</li> <li>4. Membantu meningkatkan harga diri klien.</li> <li>5. Meningkatkan interaksi klien dengan anggota keluarga.</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga dapat menyebutkan tanda-tanda harga diri rendah: Mengatakan diri tidak berharga, Tidak berguna dan tidak mampu, Pesimis dan menarik diri dari realita.</li> <li>2. Keluarga dapat berespon dan memperlakukan klien secara tepat setelah 2 kali pertemuan.</li> </ol>

#### **DIAGNOSA KEPERAWATAN 4 :**

**Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan perubahan proses pikir.**

**Tujuan umum:** Klien dapat mengontrol halusinasinya.

<b>TUK 1</b>	<b>Klien dapat mengenal akan wahamnya.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adakan kontrak sering dan singkat.</li> <li>2. Gunakan teknik komunikasi terapeutik.</li> <li>3. Pertahankan konsistensi perawat yang bertugas.</li> <li>4. Jangan membantah atau menyangkal keyakinan pasien.</li> </ol>



<b>Rasional</b>	Hal ini mendorong untuk menyampaikan rasa empati, mengembangkan rasa percaya dan akhirnya mendorong klien untuk mendiskusikannya. Untuk memudahkan rasa percaya dan kemampuan untuk mengerti akan tindakan dan komunikasi pasien membantah atau menyangkal tidak akan bermanfaat apa – apa.
<b>Evaluasi</b>	Klien dapat mengenal akan wahamnya setelah mendapat penjelasan dari perawat dalam 4 x pertemuan.
<b>TUK 2</b>	<b>Klien dapat mengendalikan wahamnya.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu klien untuk mengungkapkan anansietas, takut atau tidak aman.</li> <li>2. Focus dan kuatkan pada orang – orang yang nyata, ingatan tentang pikiran irasional. Bicarakan kejadian – kejadian dan orang – orang yang nyata.</li> <li>3. Diskusikan cara untuk mencegah waham, contoh percaya pada orang lain, belajar akan kenyataan, bicara dengan orang lain, yakin akan dirinya bahwa tidak ada yang akan mengerti perasaannya bila tidak cerita dengan orang lain.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ungkapkan perasaan secara verbal dalam lingkungan yang tidak terancam akan mendorong klien untuk mengungkapkan perasaannya yang mungkin sudah terpendam.</li> <li>2. Diskusikan yang berfokus pada ide – ide yang salah tidak akan mencapai tujuan dan mungkin buat psikosisnya lebih buruk jika pasien dapat belajar untuk menghentikan ansietas yang meningkat, pikiran waham dapat dicegah.</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	Klien dapat mengendalikan wahamnya dengan bantuan perawat dengan menggunakan cara yang efektif dalam 4 x pertemuan.
<b>TUK 3</b>	<b>Klien dapat mengevaluasi dirinya.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu klien mengidentifikasi kegiatan atau keinginan yang berhasil dicapainya.</li> <li>2. Kaji bagaimana perasaan klien dengan keberhasilan.</li> <li>3. Bicarakan kegagalan yang pernah dialami klien dan sebab – sebab kegagalan</li> <li>4. Kaji bagaimana respon klien terhadap kegagalan tersebut dan cara mengatasi</li> <li>5. Jelaskan pada klien bahwa kegagalan yang dialami dapat menjadi pelajaran untuk mengatasi kesulitan yang mungkin terjadi di masa yang akan datang.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengingatkan klien bahwa ia tidak selalu gagal.</li> <li>2. Memberi kesempatan klien untuk menilai dirinya sendiri</li> <li>3. Mengetahui koping yang selama ini digunakan oleh klien</li> <li>4. Memberikan kekuatan pada klien bahwa kegagalan itu bukan merupakan akhir dari suatu usaha.</li> </ol>

<b>Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan keberhasilan yang pernah dialami setelah 1 x pertemuan.</li> <li>2. Klien dapat menyebutkan kegagalan yang pernah dialami setelah 4 x pertemuan.</li> </ol>
<b>TUK 4</b>	<b>Klien dapat membuat rencana yang realistis.</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu klien memuaskan tujuan yang ingin dicapainya.</li> <li>2. Diskusikan dengan klien tujuan yang ingin dicapai dengan kemampuan klien.</li> <li>3. Bantu klien untuk memilih prioritas tujuan yang mungkin dapat dicapainya.</li> <li>4. Beri kesempatan klien untuk melakukan kegiatan yang telah dipilih.</li> <li>5. Tunjukkan keterampilan yang telah dicapai klien.</li> <li>6. Ikutsertakan klien dalam kegiatan aktivitas kelompok.</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Agar klien dapat tetap realistis dengan kemampuan yang dimiliki.</li> <li>2. Mempertahankan klien agar tetap realistis.</li> <li>3. Agar prioritas yang dipilih sesuai dengan kemampuan.</li> <li>4. Menghargai keputusan yang telah dipilih klien.</li> <li>5. Memberi penghargaan atas keberhasilan yang telah dicapai.</li> <li>6. Memberikan kesempatan klien di dalam kelompok mengembangkan kemampuannya.</li> </ol>

#### **DIAGNOSA KEPERAWATAN 5 :**

**Perubahan proses pikir berhubungan dengan harga diri rendah kronis.**

**Tujuan umum :** Klien mampu berhubungan dengan orang lain tanpa merasa rendah diri.

<b>TUK 1</b>	<b>Klien dapat memperluas kesadaran diri</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan klien kelebihan yang dimilikinya</li> <li>2. Diskusikan kelemahan yang dimiliki klien</li> <li>3. Beritahu klien bahwa manusia tidak ada yang sempurna, semua memiliki kelebihan dan kekurangan.</li> <li>4. Beritahu klien bahwa kekurangan bisa ditutup dengan kelebihan yang dimiliki</li> <li>5. Beritahukan klien bahwa ada hikmah di balik kekurangan yang dimiliki</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi hal – hal positif yang masih dimiliki klien</li> <li>2. Mengingatkan klien bahwa klien manusia biasa yang mempunyai kekurangan</li> <li>3. Menghadirkan harapan pada klien</li> <li>4. Agar klien tidak merasa putus asa</li> </ol>

<b>Evaluasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat menyebutkan kemampuan yang ada pada dirinya setelah 1 x pertemuan</li> <li>2. Klien dapat menyebutkan kelemahan yang dimiliki dan tidak menjadi halangan untuk mencapai keberhasilan.</li> </ol>
<b>TUK 2</b>	<b>Klien dapat menyelidiki dirinya</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan dengan klien ideal dirinya, apa rencana selama di RS, rencana klien setelah pulang dan apa cita – cita yang ingin dicapai</li> <li>2. Bantu klien mengembangkan antara keinginan dan kemampuan yang dimilikinya</li> <li>3. Beri kesempatan pada klien untuk berhasil</li> <li>4. Beri reinforcement positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui sampai dimana realistis dan harapan pasien.</li> <li>2. Membantu klien untuk membentuk harapan yang realistis</li> <li>3. Meningkatkan rasa percaya diri klien</li> <li>4. Memberi penghargaan terhadap perilaku yang positif</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	Klien dapat menyebutkan cita – cita dan harapan yang sesuai dengan kemampuannya setelah 1 x pertemuan.

#### **DIAGNOSA KEPERAWATAN 6 :**

**Defisit perawatan diri berhubungan dengan intoleransi aktivitas.**

**Tujuan umum :** Klien dapat melakukan perawatan diri

<b>TUK 1</b>	<b>Klien mengetahui keuntungan melakukan perawatan diri</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan tentang keuntungan melakukan perawatan diri</li> <li>2. Dorong klien untuk menyebutkan kembali keuntungan dalam melakukan perawatan diri</li> <li>3. Beri pujian terhadap kemampuan klien dalam menyebutkan keuntungan melakukan perawatan diri</li> </ol>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk meningkatkan pengetahuan klien tentang perawatan diri</li> <li>2. Untuk mengetahui tingkat pemahaman klien tentang informasi yang telah diberikan</li> <li>3. Reinforcement positif dapat menyenangkan hati pasien</li> </ol>
<b>Evaluasi</b>	Klien dapat menyebutkan keuntungan dari melakukan perawatan diri seperti memelihara kesehatan dan memberi rasa nyaman dan segar.
<b>TUK 2</b>	<b>Klien mengetahui kerugian jika tidak melakukan perawatan diri</b>
<b>Intervensi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diskusikan tentang kerugian tidak melakukan perawatan diri</li> </ol>



	2. Beri pujian terhadap kemampuan klien dalam menyebutkan kerugian tidak melakukan perawatan diri.
<b>Rasional</b>	1. Untuk meningkatkan kemampuan pengetahuan klien tentang perlunya perawatan diri. 2. Reinforcement positif untuk menyenangkan hati klien.
<b>Evaluasi</b>	Klien dapat menyebutkan kerugian dari tidak melakukan perawatan diri seperti terkena penyakit, sulit mendapat teman.
<b>TUK 3</b>	<b>Klien berminat melakukan perawatan diri</b>
<b>Intervensi</b>	1. Dorong dan bantu klien dalam melakukan perawatan diri 2. Beri pujian atas keberhasilan klien melakukan perawatan diri
<b>Rasional</b>	1. Untuk meningkatkan minat klien dalam melakukan perawatan diri. 2. Reinforcement positif dapat menyenangkan hati klien dan meningkatkan minat klien untuk melakukan perawatan diri.
<b>Evaluasi</b>	Klien melakukan perawatan diri seperti : mandi memakai sabun 2 x sehari, menggosok gigi dan mencuci rambut, memotong kuku.

### C. LAMPIRAN MODUL

#### ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN HALUSINASI

Gangguan persepsi sensori; Halusinasi merupakan salah satu masalah keperawatan yang dapat ditemukan pada pasien gangguan jiwa. Modul ini berisi panduan agar Saudara dapat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dengan halusinasi (Keliat, Akemat, 2009).

##### A. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari modul ini mahasiswa diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian pada pasien halusinasi
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien halusinasi
3. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien halusinasi
4. Melaksanakan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien dengan halusinasi
5. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien halusinasi
6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien dengan halusinasi

##### B. Pengkajian Pasien Halusinasi

Halusinasi adalah salah satu gejala gangguan jiwa di mana pasien mengalami perubahan sensori persepsi; merasakan sensasi palsu berupa suara, penglihatan, pengecapan perabaan atau penghiduan. Pasien merasakan stimulus yang sebetulnya tidak ada.



Pada proses pengkajian, data penting yang perlu saudara dapatkan adalah:

### 1. Jenis halusinasi:

Berikut adalah jenis-jenis halusinasi, data obyektif dan subyektifnya. Data obyektif dapat Saudara kaji dengan cara mengobservasi perilaku pasien, sedangkan data subjektif dapat Saudara kaji dengan melakukan wawancara dengan pasien. Melalui data ini perawat dapat mengetahui isi halusinasi pasien.

Jenis halusinasi	Data Obyektif	Data Subjektif
Halusinasi Dengar/suara	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bicara atau tertawa sendiri</li> <li>2. Marah-marah tanpa sebab</li> <li>3. Menyedengkan telinga ke arah tertentu</li> <li>4. Menutup telinga</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendengar suara-suara atau kegaduhan.</li> <li>2. Mendengar suara yang mengajak bercakap-cakap.</li> <li>3. Mendengar suara menyuruh melakukan sesuatu yang berbahaya.</li> </ol>
Halusinasi Penglihatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjuk-nunjuk ke arah tertentu.</li> <li>2. Ketakutan pada sesuatu yang tidak jelas.</li> </ol>	Melihat bayangan, sinar, bentuk geometris, bentuk kartoon, melihat hantu atau monster
Halusinasi Penghidu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menghidu seperti sedang membau bau-bauan tertentu.</li> <li>2. Menutup hidung.</li> </ol>	Membau bau-bauan seperti bau darah, urin, feses, kadang-kadang bau itu menyenangkan.
Halusinasi Pengecapan	Sering meludah dan Muntah	Merasakan rasa seperti darah, urin atau feses
Halusinasi Perabaan	Menggaruk-garuk permukaan kulit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengatakan ada serangga di permukaan kulit</li> <li>2. Merasa seperti tersengat listrik.</li> </ol>

### 2. Isi halusinasi

Data tentang isi halusinasi dapat saudara ketahui dari hasil pengkajian tentang jenis halusinasi (lihat nomor 1 diatas).

### 3. Waktu, frekwensi dan situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi

Perawat juga perlu mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh pasien. Kapan halusinasi terjadi? Apakah pagi, siang, sore atau malam? Jika mungkin jam berapa? Frekuensi terjadinya apakah terus-menerus atau hanya sekali-kali? Situasi terjadinya apakah kalau sendiri, atau setelah terjadi kejadian tertentu. Hal ini dilakukan untuk menentukan intervensi khusus pada waktu terjadinya halusinasi, menghindari situasi yang menyebabkan munculnya halusinasi. Sehingga pasien tidak larut dengan halusinasinya. Dengan mengetahui frekuensi terjadinya halusinasi dapat direncanakan frekuensi tindakan untuk mencegah terjadinya halusinasi.

### 4. Respons halusinasi

Untuk mengetahui apa yang dilakukan pasien ketika halusinasi itu muncul. Perawat dapat menanyakan pada pasien hal yang dirasakan atau dilakukan saat halusinasi timbul. Perawat dapat juga menanyakan kepada keluarga atau orang terdekat dengan pasien. Selain itu dapat juga dengan mengobservasi perilaku pasien saat halusinasi timbul.

### **C. Merumuskan Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan ditetapkan berdasarkan data subyektif dan obyektif yang ditemukan pada pasien

**Gangguan sensori persepsi: halusinasi .....**

### **D. Tindakan Keperawatan Pasien Halusinasi**

#### **1. Tindakan Keperawatan untuk Pasien**

a. Tujuan tindakan untuk pasien meliputi:

- 1) Pasien mengenali halusinasi yang dialaminya
- 2) Pasien dapat mengontrol halusinasinya
- 3) Pasien mengikuti program pengobatan secara optimal

b. Tindakan Keperawatan

- 1) Membantu pasien mengenali halusinasi.

Untuk membantu pasien mengenali halusinasi Saudara dapat melakukannya dengan cara berdiskusi dengan pasien tentang isi halusinasi (apa yang didengar/dilihat), waktu terjadi halusinasi, frekuensi terjadinya halusinasi, situasi yang menyebabkan halusinasi muncul dan respon pasien saat halusinasi muncul

- 2) Melatih pasien mengontrol halusinasi. Untuk membantu pasien agar mampu mengontrol halusinasi Saudara dapat melatih pasien empat cara yang sudah terbukti dapat mengendalikan halusinasi. Keempat cara tersebut meliputi:

- a) Menghardik halusinasi

Menghardik halusinasi adalah upaya mengendalikan diri terhadap halusinasi dengan cara menolak halusinasi yang muncul. Pasien dilatih untuk mengatakan tidak terhadap halusinasi yang muncul atau tidak mempedulikan halusinasinya. Kalau ini dapat dilakukan, pasien akan mampu mengendalikan diri dan tidak mengikuti halusinasi yang muncul. Mungkin halusinasi tetap ada namun dengan kemampuan ini pasien tidak akan larut untuk menuruti apa yang ada dalam halusinasinya.

Tahapan tindakan meliputi: Menjelaskan cara menghardik halusinasi, Memperagakan cara menghardik, Meminta pasien memperagakan ulang, dan Memantau penerapan cara ini, menguatkan perilaku pasien

- b) Bercakap-cakap dengan orang lain

Untuk mengontrol halusinasi dapat juga dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Ketika pasien bercakap-cakap dengan orang lain maka terjadi distraksi; fokus perhatian pasien akan beralih dari halusinasi ke percakapan yang dilakukan dengan orang lain tersebut. Sehingga salah satu cara yang efektif untuk mengontrol halusinasi adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain.

- c) Melakukan aktivitas yang terjadwal

Untuk mengurangi risiko halusinasi muncul lagi adalah dengan menyibukkan diri dengan aktivitas yang teratur. Dengan beraktivitas secara terjadwal, pasien tidak akan mengalami banyak waktu luang sendiri yang seringkali mencetuskan halusinasi. Untuk itu pasien yang

mengalami halusinasi bisa dibantu untuk mengatasi halusinasinya dengan cara beraktivitas secara teratur dari bangun pagi sampai tidur malam, tujuh hari dalam seminggu.

Tahapan intervensinya sebagai berikut:

1. Menjelaskan pentingnya aktivitas yang teratur untuk mengatasi halusinasi.
2. Mendiskusikan aktivitas yang biasa dilakukan oleh pasien
3. Melatih pasien melakukan aktivitas
4. Menyusun jadwal aktivitas sehari-hari sesuai dengan aktivitas yang telah
5. dilatih. Upayakan pasien mempunyai aktivitas dari bangun pagi sampai tidur malam, 7 hari dalam seminggu.
6. Memantau pelaksanaan jadwal kegiatan; memberikan penguatan terhadap perilaku pasien yang positif.

d) Menggunakan obat secara teratur

Untuk mampu mengontrol halusinasi pasien juga harus dilatih untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program. Pasien gangguan jiwa yang dirawat di rumah seringkali mengalami putus obat sehingga akibatnya pasien mengalami kekambuhan. Bila kekambuhan terjadi maka untuk mencapai kondisi seperti semula akan lebih sulit. Untuk itu pasien perlu dilatih menggunakan obat sesuai program dan berkelanjutan.

Berikut tindakan keperawatan agar pasien patuh menggunakan obat:

1. Jelaskan guna obat
2. Jelaskan akibat bila putus obat
3. Jelaskan cara mendapatkan obat/berobat
4. Jelaskan cara menggunakan obat dengan prinsip 5 benar (benar obat, benar pasien, benar cara, benar waktu, benar dosis)

**SP 1 Pasien: Membantu pasien mengenal halusinasi, menjelaskan cara-cara mengontrol halusinasi, mengajarkan pasien mengontrol halusinasi dengan cara pertama: menghardik halusinasi.**

**Orientasi:**

"Assalamualaikum D. Saya perawat yang akan merawat D. Nama Saya SS, senang dipanggil S. Nama D siapa? Senang dipanggil apa?"

"Bagaimana perasaan D hari ini? Apa keluhan D saat ini?"

"Baiklah, bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang suara yang selama ini D dengar tetapi tak tampak wujudnya? Di mana kita duduk? Di ruang tamu? Berapa lama? Bagaimana kalau 30 menit?"

**Kerja:**

"Apakah D mendengar suara tanpa ada wujudnya? Apa yang dikatakan suara itu?"

"Apakah terus-menerus terdengar atau sewaktu-waktu? Kapan yang paling sering D dengar suara? Berapa kali sehari D alami? Pada keadaan apa suara itu terdengar? Apakah pada waktu sendiri?"

"Apa yang D rasakan pada saat mendengar suara itu?"



"Apa yang D lakukan saat mendengar suara itu? Apakah dengan cara itu suara-suara itu hilang? Bagaimana kalau kita belajar cara-cara untuk mencegah suara-suara itu muncul?"

"D, ada empat cara untuk mencegah suara-suara itu muncul. Pertama, dengan menghardik suara tersebut. Kedua, dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain. Ketiga, melakukan kegiatan yang sudah terjadwal, dan yang ke empat minum obat dengan teratur."

"Bagaimana kalau kita belajar satu cara dulu, yaitu dengan menghardik?" "Caranya sebagai berikut: saat suara-suara itu muncul, langsung D bilang, pergi saya tidak mau dengar, ... Saya tidak mau dengar. Kamu suara palsu. Begitu diulang-ulang sampai suara itu tak terdengar lagi. Coba D peragakan! Nah begitu, ... bagus! Coba lagi! Ya bagus D sudah bisa"

#### **Terminasi:**

"Bagaimana perasaan D setelah peragaan latihan tadi?" "Kalau suara-suara itu muncul lagi, silakan coba cara tersebut! bagaimana kalau kita buat jadwal latihannya. Mau jam berapa saja latihannya? (Saudara masukkan kegiatan latihan menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian pasien). Bagaimana kalau kita bertemu lagi untuk belajar dan latihan mengendalikan suara-suara dengan cara yang kedua? Jam berapa D? Bagaimana kalau dua jam lagi? Berapa lama kita akan berlatih? Dimana tempatnya?" "Baiklah, sampai jumpa. Assalamu'alaikum"

### **SP 2 Pasien: Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara kedua: bercakap-cakap dengan orang lain**

#### **Orientasi:**

"Assalamu'alaikum D. Bagaimana perasaan D hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai cara yang telah kita latih? Bersukurlah suara-suarnya Bagus! Sesuai janji kita tadi saya akan latih cara kedua untuk mengontrol halusinasi dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Kita akan latihan selama 20 menit. Mau di mana? Di sini saja?"

#### **Kerja:**

"Cara kedua untuk mencegah/mengontrol halusinasi yang lain adalah dengan bercakap-cakap dengan orang lain. Jadi kalau D mulai mendengar suara-suara, langsung saja cari teman untuk diajak ngobrol. Minta teman untuk ngobrol dengan D. Contohnya begini; ... tolong, saya mulai dengar suara-suara. Ayo ngobrol dengan saya! Atau kalau ada orang dirumah misalnya Kakak D katakan: Kak, ayo ngobrol dengan D. D sedang dengar suara-suara. Begitu D. Coba D lakukan seperti saya tadi lakukan. Ya, begitu. Bagus! Coba sekali lagi! Bagus! Nah, latih terus ya D!"

#### **Terminasi:**

"Bagaimana perasaan D setelah latihan ini? Jadi sudah ada berapa cara yang D pelajari untuk mencegah suara-suara itu? Bagus, cobalah kedua cara ini kalau D mengalami halusinasi lagi. Bagaimana kalau kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian D. Mau jam berapa latihan bercakap-cakap? Nah nanti lakukan secara teratur serta sewaktu-waktu suara itu muncul! Besok pagi saya akan ke mari lagi. Bagaimana kalau kita latih cara yang ketiga yaitu melakukan aktivitas terjadwal? Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 19.00? Mau di mana? Di sini lagi? Sampai besok ya. Assalamu'alaikum"



**SP 3 Pasien: Melatih pasien mengontrol halusinasi dengan cara ketiga: melaksanakan aktivitas terjadwal**

**Orientasi:** "Assalamu'alaikum D. Bagaimana perasaan D hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai dua cara yang telah kita latih? Bagaimana hasilnya? Bagus! Sesuatu yang kita hari ini kita akan belajar cara yang ketiga untuk mencegah halusinasi yaitu melakukan kegiatan terjadwal. Mau di mana kita bicara? Baik kita duduk di ruang tamu. Berapa lama kita bicara? Bagaimana kalau 30 menit? Baiklah."

**Kerja:** "Apa saja yang biasa D lakukan? Pagi-pagi apa kegiatannya, terus jam berikutnya (terus ajak sampai didapatkan kegiatannya sampai malam). Wah banyak sekali kegiatannya. Mari kita latih dua kegiatan hari ini (latih kegiatan tersebut). Bagus sekali D bisa lakukan. Kegiatan ini dapat D lakukan untuk mencegah suara tersebut muncul. Kegiatan yang lain akan kita latih lagi agar dari pagi sampai malam ada kegiatan."

**Terminasi:** "Bagaimana perasaan D setelah kita bercakap-cakap cara yang ketiga untuk mencegah suara-suara? Bagus sekali! Coba sebutkan 3 cara yang telah kita latih untuk mencegah suara-suara. Bagus sekali. Mari kita masukkan dalam jadwal kegiatan harian D. Coba lakukan sesuai jadwal ya! (Saudara dapat melatih aktivitas yang lain pada pertemuan berikut sampai terpenuhi seluruh aktivitas dari pagi sampai malam) Bagaimana kalau menjelang makan siang nanti, kita membahas cara minum obat yang baik serta guna obat. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 12.00 pagi? Di ruang makan ya! Sampai jumpa. Wassalamu'alaikum."

**SP 4 Pasien: Melatih pasien menggunakan obat secara teratur**

**Orientasi:** "Assalamu'alaikum D. Bagaimana perasaan D hari ini? Apakah suara-suaranya masih muncul? Apakah sudah dipakai tiga cara yang telah kita latih? Apakah jadwal kegiatannya sudah dilaksanakan? Apakah pagi ini sudah minum obat? Baik. Hari ini kita akan mendiskusikan tentang obat-obatan yang D minum. Kita akan diskusi selama 20 menit sambil menunggu makan siang. Di sini saja ya D?"

**Kerja:** "D adakah bedanya setelah minum obat secara teratur. Apakah suara-suara berkurang/hilang? Minum obat sangat penting supaya suara-suara yang D dengar dan mengganggu selama ini tidak muncul lagi. Berapa macam obat yang D minum? (Perawat menyiapkan obat pasien) Ini yang warna orange (CPZ) 3 kali sehari jam 7 pagi, jam 1 siang dan jam 7 malam gunanya untuk menghilangkan suara-suara. Ini yang putih (THP) 3 kali sehari jam nya sama gunanya untuk rileks dan tidak kaku. Sedangkan yang merah jambu (HP) 3 kali sehari jam nya sama gunanya untuk pikiran biar tenang. Kalau suara-suara sudah hilang obatnya tidak boleh diberhentikan. Nanti konsultasikan dengan dokter, sebab kalau putus obat, D akan kambuh dan sulit untuk mengembalikan ke keadaan semula. Kalau obat habis D bisa minta ke dokter untuk mendapatkan obat lagi. D juga harus teliti saat menggunakan obat-obatan ini. Pastikan obatnya benar, artinya D harus memastikan bahwa itu obat yang benar-benar punya D. Jangan keliru dengan obat milik orang lain. Baca nama kemusannya. Pastikan obat diminum pada waktunya, dengan cara yang benar. Yaitu diminum sesudah makan dan tepat jamnya. D juga harus perhatikan berapa jumlah obat sekali minum, dan harus cukup minum 10 gelas per hari."

**Terminasi:** "Bagaimana perasaan D setelah kita bercakap-cakap tentang obat? Sudah berapa cara yang kita latih untuk mencegah suara-suara? Coba sebutkan! Bagus! (jika jawaban benar). Mari kita masukkan jadwal minum obatnya pada jadwal kegiatan D. Jangan lupa pada waktunya minta obat pada perawat atau pada keluarga kalau di rumah. Nah makanan sudah datang. Besok kita ketemu lagi untuk melihat manfaat 4 cara mencegah suara yang telah kita bicarakan. Mau jam berapa? Bagaimana kalau jam 10.00, sampai jumpa. Wassalamu'alaikum."

## 2. Tindakan Keperawatan Kepada Keluarga

### a. Tujuan:

Keluarga dapat terlibat dalam perawatan pasien baik di rumah sakit maupun di rumah dan Keluarga dapat menjadi sistem pendukung yang efektif untuk pasien.

### b. Tindakan Keperawatan

Keluarga merupakan faktor penting yang menentukan keberhasilan asuhan keperawatan pada pasien dengan halusinasi. Dukungan keluarga selama pasien dirawat di rumah sakit sangat dibutuhkan sehingga pasien termotivasi untuk sembuh. Demikian juga saat pasien tidak lagi dirawat di rumah sakit (dirawat di rumah). Keluarga yang mendukung pasien secara konsisten akan membuat pasien mampu mempertahankan program pengobatan secara optimal. Namun demikian jika keluarga tidak mampu merawat pasien, pasien akan kambuh bahkan untuk memulihkannya lagi akan sangat sulit. Untuk itu perawat harus memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga agar keluarga mampu menjadi pendukung yang efektif bagi pasien dengan halusinasi baik saat di rumah sakit maupun di rumah.

Tindakan keperawatan yang dapat diberikan untuk keluarga pasien halusinasi adalah:

- 1) Diskusikan masalah yang dihadapi keluarga dalam merawat pasien
- 2) Berikan pendidikan kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi, proses terjadinya halusinasi, dan cara merawat pasien halusinasi.
- 3) Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung di hadapan pasien
- 4) Buat perencanaan pulang dengan keluarga

### SP 1 Keluarga: Pendidikan Kesehatan tentang pengertian halusinasi, jenis halusinasi yang dialami pasien, tanda dan gejala halusinasi dan cara-cara merawat pasien halusinasi.

Peragakan percakapan berikut ini dengan pasangan saudara.

#### **Orientasi:**

"Assalamualaikum Bapak/Ibu!" "Saya SS, perawat yang merawat anak Bapak/Ibu."

"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu hari ini? Apa pendapat Bapak/Ibu tentang anak Bapak/Ibu?"

"Hari ini kita akan berdiskusi tentang apa masalah yang anak Bapak/Ibu alami dan bantuan apa yang Bapak/Ibu bisa berikan."

"Kita mau diskusi di mana? Bagaimana kalau di ruang wawancara? Berapa lama waktu Bk/Ibu? Bagaimana kalau 30 menit?"

#### **Kerja:**

"Apa yang Bpk/Ibu rasakan menjadi masalah dalam merawat D. Apa yang Bpk/Ibu lakukan?"

"Ya, gejala yang dialami oleh anak Bapak/Ibu itu dinamakan halusinasi, yaitu mendengar atau melihat sesuatu yang sebenarnya tidak ada bendanya."

"Tanda-tandanya bicara dan tertawa sendiri, atau marah-marah tanpa sebab."

"Jadi kalau anak Bapak/Ibu mengatakan mendengar suara-suara, sebenarnya suara itu tidak ada."

"Kalau anak Bapak/Ibu mengatakan melihat bayangan-bayangan, sebenarnya bayangan itu tidak ada."

"Untuk itu kita diharapkan dapat membantunya dengan beberapa cara. Ada beberapa cara untuk membantu anak Bapak/Ibu agar bisa mengendalikan halusinasi. Cara-cara tersebut antara lain: Pertama, di hadapan anak Bapak/Ibu, jangan membantah halusinasi atau menyokongnya. Katakan saja Bapak/Ibu percaya bahwa anak tersebut memang mendengar suara atau melihat bayangan, tetapi Bapak/Ibu sendiri tidak mendengar atau melihatnya".

"Kedua, jangan biarkan anak Bapak/Ibu melamun dan sendiri, karena kalau melamun halusinasi akan muncul lagi. Upayakan ada orang mau bercakap-cakap dengannya. Buat kegiatan keluarga seperti makan bersama, sholat bersama-sama. Tentang kegiatan, saya telah melatih anak Bapak/Ibu untuk membuat jadwal kegiatan sehari-hari. Tolong Bapak/Ibu pantau pelaksanaannya, ya dan berikan pujian jika dia lakukan!"

"Ketiga, bantu anak Bapak/Ibu minum obat secara teratur. Jangan menghentikan obat tanpa konsultasi. Terkait dengan obat ini, saya juga sudah melatih anak Bapak/Ibu untuk minum obat secara teratur. Jadi bapak/Ibu dapat mengingatkan kembali. Obatnya ada 3 macam, ini yang oranye namanya CPZ gunanya untuk menghilangkan suara-suara atau bayangan. Diminum 3 X sehari pada jam 7 pagi, jam 1 siang dan jam 7 malam. Yang putih namanya THP gunanya membuat rileks, jam minumnya sama dengan CPZ tadi. Yang biru namanya HP gunanya menenangkan cara berpikir, jam minumnya sama dengan CPZ. Obat perlu selalu diminum untuk mencegah kekambuhan"

"Terakhir, bila ada tanda-tanda halusinasi mulai muncul, putus halusinasi anak Bapak/Ibu dengan cara menepuk punggung anak Bapak/Ibu. Kemudian suruhlah anak Bapak/Ibu menghardik suara tersebut. Anak Bapak/Ibu sudah saya ajarkan cara menghardik halusinasi".

"Sekarang mari kita latihan memutus halusinasi anak Bapak/Ibu. Sambil menepuk punggung anak Bapak/Ibu, katakan: D, sedang apa kamu? Kamu ingat kan apa yang diajarkan perawat bila suara-suara itu datang? Ya, Usir suara itu, D. Tutup telinga kamu dan katakan pada suara itu "saya tidak mau dengar". Ucapkan berulang-ulang, D"

"Sekarang coba Bapak/Ibu praktekan cara yang barusan saya ajarkan"

"Bagus Pak/Bu"

#### **Terminasi:**

"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita berdiskusi dan latihan memutuskan halusinasi anak Bapak/Ibu?"

"Sekarang coba Bapak/Ibu sebutkan kembali jika cara merawat anak bapak/Ibu"

"Bagus sekali Pak/Bu. Bagaimana kalau dua hari lagi kita bertemu untuk mempraktekan cara memutus halusinasi langsung dihadapan anak Bapak/Ibu"

"Jam berapa kita bertemu?"

Baik, sampai Jumpa. Assalamu'alaikum

### **SP 2 Keluarga: Melatih keluarga praktek merawat pasien langsung dihadapan pasien**

Berikan kesempatan kepada keluarga untuk memperagakan cara merawat pasien dengan halusinasi langsung dihadapan pasien.

#### **Orientasi:**

"Assalamu'alaikum"

"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu pagi ini?"

"Apakah Bapak/Ibu masih ingat bagaimana cara memutus halusinasi anak Bapak/Ibu yang sedang mengalami halusinasi? Bagus!"

" Sesuai dengan pertemuan kita, selama 20 menit ini kita akan mempraktekan cara memutus halusinasi langsung dihadapan anak Bapak/Ibu".

"mari kita datangi Anak bapak/Ibu"



**Kerja:** "Assalamu'alaikum D" "D, Bapak/Ibu D sangat ingin membantu D mengendalikan suara-suara yang sering D dengar. Untuk itu pagi ini Bapak/Ibu D datang untuk mempraktekkan cara memuat suara-suara yang D dengar. D nanti kalau sedang dengar suara-suara bicara atau tersenyum-senyum sendiri, maka Bapak/Ibu akan mengingatkan seperti ini" "Sekarang, coba Bapak/Ibu peragakan cara memuat halusinasi yang sedang D alami seperti yang sudah kita pelajari sebelumnya. Tepuk punggung D lalu suruh D mengusir suara dengan menutup telinga dan menghardik suara tersebut" (saudara mengobservasi apa yang dilakukan keluarga terhadap pasien) Bagus sekali! Bagaimana D? Senang dibantu Bapak/Ibu? Nah Bapak/Ibu ingin melihat jadwal harian D. (Pasien memperlihatkan dan dorong orang tua memberikan pujian) Baiklah, sekarang saya dan orang tua D ke ruang perawat dulu" (Saudara dan keluarga meninggalkan pasien untuk melakukan terminasi dengan keluarga)

#### **Terminasi:**

"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah mempraktekkan cara memuat halusinasi langsung dihadapan anak Bapak/Ibu"

"Dingat-ingat pelajaran kita hari ini ya Pak/Ibu. Bapak/Ibu dapat melakukan cara itu bila anak Bapak/Ibu mengalami halusinasi".

"Bagaimana kalau kita bertemu dua hari lagi untuk membicarakan tentang jadwal kegiatan harian anak Bapak/Ibu untuk persiapan di rumah. Jam berapa Bapak/Ibu bisa datang? Tempatnya di sini ya. Sampai jumpa."

### **SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga**

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

#### **Orientasi:**

"Assalamualaikum Pak/Ibu, karena besok D sudah boleh pulang, maka sesuai janji kita sekarang ketemu untuk membicarakan jadwal D selama di rumah"

"Bagaimana Pak/Ibu selama Bapak/Ibu membesuk apakah sudah terus dilatih cara merawat D?"

"Nah sekarang kita bicarakan jadwal D di rumah? Mari kita duduk di ruang perawat!"

"Berapa lama Bapak/Ibu ada waktu? Bagaimana kalau 30 menit?"

#### **Kerja:**

"Ini jadwal kegiatan D di rumah sakit. Jadwal ini dapat dilanjutkan di rumah. Coba Bapak/Ibu lihat mungkinkah dilakukan di rumah. Siapa yang kira-kira akan memotivasi dan mengingatkan?" Pak/Ibu jadwal yang telah dibuat selama D di rumah sakit tolong dilanjutkan di rumah, baik jadwal aktivitas maupun jadwal minum obatnya"

"Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh anak ibu dan bapak selama di rumah. Misalnya kalau B terus menerus mendengar suara-suara yang mengganggu dan tidak memperhatikan perbaikan, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal itu terjadi segera hubungi Suster B di Puskesmas terdekat dari rumah Bapak/Ibu, ini nomor telepon puskesmasnya: (0651) 554xxx"

Selanjutnya suster B yang akan membantu memantau perkembangan D selama di rumah

#### **Terminasi**

"Bagaimana Bapak/Ibu? Ada yang ingin ditanyakan? Coba Ibu sebutkan cara-cara merawat D di rumah! Bagus jika ada yang lupa segera diingatkan oleh perawat. Ini jadwalnya untuk dibawa pulang. Selanjutnya silakan ibu menyelesaikan administrasi yang dibutuhkan. Kami akan siapkan D untuk pulang"



### E. Evaluasi

#### 1. Kemampuan pasien dan keluarga

#### PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA PASIEN DENGAN HALUSINASI

Nama pasien : .....

Ruangan: .....

Nama perawat: .....

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda (V) jika pasien dan keluarga mampu melakukan kemampuan di bawah ini.
2. Tuliskan tanggal setiap dilakukan supervisi

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
A	Pasien				
1	Mengenal jenis halusinasi				
2	Mengenal isi halusinasi				
3	Mengenal waktu halusinasi				
4	Mengenal frekuensi halusinasi				
5	Mengenal situasi yang menimbulkan halusinasi				
6	Menjelaskan respons terhadap halusinasi				
7	Mampu menghardik halusinasi				
8	Mampu bercakap-cakap jika terjadi halusinasi				
9	Membuat jadwal kegiatan harian				
10	Melakukan kegiatan harian sesuai jadwal				
11	Menggunakan obat secara teratur				
B	Keluarga				
1	Menyebutkan pengertian halusinasi				
2	Menyebutkan jenis halusinasi yang dialami oleh pasien				
3	Menyebutkan tanda dan gejala halusinasi pasien				
4	Memperagakan latihan cara memutus halusinasi pasien				
5	Mengajak pasien bercakap-cakap saat pasien jadwal berhalusinasi				
6	Memantau aktivitas sehari-hari pasien sesuai				
7	Memantau dan memenuhi obat untuk pasien				
8	Menyebutkan sumber-sumber pelayanan kesehatan yang tersedia				
9	Memanfaatkan sumber-sumber pelayanan kesehatan terdekat				

## 2. Kemampuan perawat

### PENILAIAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN DENGAN HALUSINASI

Nama Pasien: .....

Ruangan: .....

Nama perawat: .....

Petunjuk pengisian:

Penilaian tindakan keperawatan untuk setiap SP dengan menggunakan instrumen penilaian kinerja

Nilai tiap penilaian kinerja masukkan ke tabel pada baris nilai SP.

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
<b>A</b>	<b>Pasien</b>							
	<b>SP I p</b>							
1	Mengidentifikasi jenis halusinasi pasien							
2	Mengidentifikasi isi halusinasi pasien							
3	Mengidentifikasi waktu halusinasi pasien							
4	Mengidentifikasi frekuensi halusinasi pasien							
5	Mengidentifikasi situasi yang menimbulkan halusinasi							
6	Mengidentifikasi respons pasien terhadap halusinasi							
7	Mengajarkan pasien menghardik halusinasi							
8	Menganjurkan pasien memasukkan cara menghardik halusinasi dalam jadwal kegiatan harian							
	<b>Nilai SP I p</b>							
	<b>SP II p</b>							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan cara bercakap-cakap dengan orang lain							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	<b>Nilai SP II p</b>							
	<b>SP III p</b>							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Melatih pasien mengendalikan halusinasi dengan melakukan kegiatan (kegiatan yang biasa dilakukan pasien di rumah)							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	<b>Nilai SP III p</b>							
	<b>SP IV p</b>							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Memberikan pendidikan kesehatan tentang penggunaan obat secara teratur							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	<b>Nilai SP IV p</b>							
<b>B</b>	<b>Keluarga</b>							
	<b>SP I k</b>							
1	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien							

2	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala halusinasi, dan jenis halusinasi yang dialami pasien beserta proses terjadinya								
3	Menjelaskan cara-cara merawat pasien halusinasi								
	<b>Nilai SP I k</b>								
	<b>SP II k</b>								
1	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan Halusinasi								
2	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien Halusinasi								
	<b>Nilai SP II k</b>								
	<b>SP III k</b>								
1	Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat ( <i>discharge planning</i> )								
2	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang								
	<b>Nilai SP III k</b>								
	<b>Total nilai SP p + SP k</b>								
	<b>Rata-rata</b>								

#### F. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan, karenanya dokumentasi asuhan keperawatan jiwa terdiri dari dokumentasi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Pedoman format pengkajian gangguan persepsi sensori: halusinasi

<p>Persepsi :</p> <p>Halusinasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pendengaran</li> <li><input type="checkbox"/> Penglihatan</li> <li><input type="checkbox"/> Perabaan</li> <li><input type="checkbox"/> Pengecapan</li> <li><input type="checkbox"/> Penghidu</li> </ul> <p>Jelaskan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Isi halusinasi: .....</li> <li><input type="checkbox"/> Waktu terjadinya: .....</li> <li><input type="checkbox"/> Frekuensi halusinasi: .....</li> <li><input type="checkbox"/> Respons pasien: .....</li> </ul> <p>Masalah keperawatan: .....</p>
---

## G. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang dapat dilakukan untuk pasien dengan halusinasi:

### 1. TAK orientasi realitas

TAK orientasi realitas terdiri dari tiga sesi yaitu:

- a. Sesi 1: Pengenalan orang
- b. Sesi 2: Pengenalan tempat
- c. Sesi 3: Pengenalan waktu

### 2. TAK stimulasi persepsi

TAK stimulasi persepsi untuk pasien halusinasi adalah :

TAK stimulasi persepsi: halusinasi, yang terdiri dari lima sesi yaitu:

- a. Sesi 1: Mengenal halusinasi
- b. Sesi 2: Mengontrol halusinasi dengan menghardik
- c. Sesi 3: Mengontrol halusinasi dengan melakukan kegiatan
- d. Sesi 4: Mencegah halusinasi dengan bercakap-cakap
- e. Sesi 5: Mengontrol halusinasi dengan patuh minum obat.

## RINGKASAN

Halusinasi merupakan gangguan persepsi dimana klien mempersepsikan sesuatu yang sebenarnya tidak terjadi. Suatu pencerapan panca indra tanpa ada rangsangan dari luar (Maramis, 1998). Halusinasi merupakan salah satu respon mal adaptif individu yang berada dalam rentang respon neurobiologist (Stuart dan Laraia, 2001). Ini merupakan respon persepsi paling mal adaptif. klien dengan halusinasi mempersepsikan suatu stimulus pancaindra walaupun sebenarnya stimulus tersebut tidak ada. Diantara kedua respon tersebut adalah respon individu yang karena suatu hal mengalami kelainan persepsi yaitu salah mempersepsikan stimulus yang diterimanya yang disebut sebagai *illusi*. Ada beberapa jenis halusinasi menurut Stuart dan Laraia, 1998 membagi halusinasi menjadi 7 jenis halusinasi meliputi: halusinasi pendengaran (auditory), halusinasi penglihatan (visual), halusinasi penghidu (olfactory), halusinasi pengecapan (gustatory), halusinasi perabaan ( tactile), halusinasi cenesthetic, dan halusinasi kinesthetic. Halusinasi yang dialami klien bisa berbeda intensitas dan keparahannya. Stuart dan Laraia (2001) membagi fase halusinasi dalam 4 fase berdasarkan tingkat ansietas yang dialami dan kemampuan klien mengendalikan dirinya. Semakin berat fase halusinasinya, klien semakin berat mengalami ansietas dan makin dikendalikan oleh halusinasinya. Fase-fase tersebut adalah **Fase I comforting** Ansietas sedang halusinasi menyenangkan, **Fase II Condensing** Ansietas Berat halusinasi menjadi menjijikkan, **Fase III Controlling** Ansietas Berat Pengalaman sensori jadi berkuasa, **Fase IV Conquering** Panic Umumnya menjadi melebur dalam halusinasinya

Halusinasi merupakan salah satu gejala dan menentukan diagnosisnya klien mengalami psikotik khususnya Schizofrenia yang dipengaruhi oleh factor tersebut dibawah ini antara lain: **Factor Predisposisi**, Adalah faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. Diperoleh baik dari klien maupun keluarganya, mengenai



faktor perkembangan sosial kultural, biokimia, psikologis dan genetis yaitu faktor resiko yang mempengaruhi jenis dan jumlah sumber yang dapat dibangkitkan oleh individu untuk mengatasi stress. **Factor Presipitasi**, Yaitu stimulus yang dipersepsikan oleh individu sebagai tantangan, ancaman/tuntutan yang memerlukan energi ekstra untuk coping. Adanya rangsang lingkungan yang sering yaitu seperti partisipasi klien dalam kelompok, terlalu lama diajak komunikasi, objek yang ada dilingkungan juga suasana sepi/isolasi adalah sering sebagai pencetus terjadinya halusinasi karena hal tersebut dapat meningkatkan stress dan kecemasan yang merangsang tubuh mengeluarkan zat halusinogenik. Mekanisme coping yang sering digunakan klien dengan halusinasi meliputi: Regresi: menjadi malas beraktifitas sehari-hari, Proyeksi: mencoba menjelaskan gangguan persepsi dengan mengalihkan tanggung jawab kepada orang lain atau sesuatu benda, Menarik diri: sulit mempercayai orang lain dan asyik dengan stimulus internal, dan Keluarga mengingkari masalah yang dialami oleh klien.

Dalam situasi ini klien dapat melakukan bunuh diri (suicide), membunuh orang lain (homicide) dan bahkan merusak lingkungan. Selain masalah yang diakibatkan oleh halusinasi, klien biasanya juga mengalami masalah-masalah keperawatan yang menjadi penyebab (sebagai Triger) munculnya halusinasi. Masalah-masalah itu antara lain harga diri rendah dan isolasi sosial (Stuart dan Laraia, 2001). Akibat rendah diri dan kurangnya ketrampilan berhubungan sosial, klien menjadi menarik diri dari lingkungan. Dampak selanjutnya klien akan lebih terfokus pada dirinya. Stimulus internal menjadi lebih dominan dibandingkan dengan stimulus eksternal. Klien lama kelamaan kehilangan kemampuan membedakan stimulus internal dan stimulus eksternal. Ini memicu terjadinya halusinasi. Dari masalah-masalah tersebut, ditemukan masalah keperawatan antara lain: Resiko perilaku kekerasan, Halusinasi, Harga diri rendah, Gangguan hubungan sosial.

### SOAL LATIHAN

#### Kasus (untuk soal no. 1 s/d 10)

Klien Tn."H" dengan keluhan mendengar suara-suara mengancam, bicara sendiri, marah tanpa sebab, menutup telinga dan mulut komat-kamit. Klien mencoba melawan *sensory abnormal* yang datang, klien merasa terancam dengan datangnya suara terutama bila tidak dapat menuruti perintah dari halusinasinya. Sebelumnya ia sering merasakan kehampaan hidup, rutinitas tidak bermakna dan hilangnya aktivitas ibadah. Menurut pengkajian masa lalu klien, ia merupakan anak yang tidak dikehendaki kelahirannya akibat gagal KB. Perawat mengkaji waktu, frekuensi dan situasi munculnya halusinasi yang dialami oleh klien.

1. Klien pada kasus diatas termasuk...
  - a. *Auditory-hearing voice or sounds*
  - b. *Gustatory-experiencing tastes*
  - c. *Visual-seeing persons or things*
  - d. *Tactile-feeling bodily sensations*
  - e. *Olfactory-smelling odors*

2. Data subyektif yang ditemukan pada klien halusinasi di atas yang paling tepat adalah...
  - a. Mengarahkan telinga pada sumber suara
  - b. Mendengar suara mengancam
  - c. Bicara atau tertawa sendiri
  - d. Menutup telinga, mulut komat kamit
  - e. Marah-marah tanpa sebab
3. Klien merasa terancam bila klien tidak dapat memuruti suara yang didengar, klien berda pada tahap...
  - a. Stage I : *Sleep Disorder*
  - b. Stage IV : *Controlling Severe level of anxiety*
  - c. Stage II : *Comforting Moderate level of anxiety*
  - d. Stage V : *Conquering panic level of anxiety*
  - e. Stage III : *Condemning Severe level of anxiety*
4. Klien mencoba melawan suara-suara atau sensory abnormal yang datang, ia berada pada...
  - a. Stage I : *Sleep Disorder*
  - b. Stage IV : *Controlling Severe level of anxiety*
  - c. Stage II : *Comforting Moderate level of anxiety*
  - d. Stage V : *Conquering panic level of anxiety*
  - e. Stage III : *Condemning Severe level of anxiety*
5. Persepsi terhadap suatu stimulus eksternal dimana stimulus tersebut pada kenyataanya tidak ada, termasuk...
 

a. Waham	c. Depersonalisasi	e. Husi
b. Halusinasi	d. Disorientasi	
6. Tindakan perawat yang bermanfaat untuk mengontrol halusinasi pendengaran adalah...
  1. Menganjurkan klien berbincang-bincang dengan orang lain dan menghindari menyendiri
  2. Melibatkan klien dalam terapi aktivitas kelompok orientasi realitas
  3. Menghardik halusinasi yang datang pada klien
  4. Mengajukan untuk menggunakan obat secara teratur sesuai dengan program
7. Tindakan keperawatan dimana klien melakukan aktivitas yang terjadwal, termasuk...
  - a. Membantu klien mengenali halusinasi
  - b. Melatih klien mengontrol halusinasi
  - c. Melatih pasien menggunakan obat secara teratur
  - d. Melatih keterlibatan keluarga
  - e. Melatih bercakap-cakap dengan orang lain

8. Sangat penting mnegkaji perintah yang diberikan lewat isi halusinasi klien, karena...
  - a. Semua perintah halusinasi akan positif
  - b. Isi halusinasi akan memotivasi hidup klien
  - c. Perawat akan mendukung isi halusinasi untuk mencegah halusinasi berulang
  - d. Mungkin saja klien mendengar perintah menyakiti orang lain
  - e. Ada pesan-pesan khusus dari alam ghoib yang bermanfaat
9. Diagnose keperawatan yang mungkin muncul pada klien di atas adalah...
  1. Resiko tinggi perilaku kekerasan
  2. Gangguan persepsi sensori: halusinasi
  3. Harga diri rendah kronis
  4. Isolasi social
10. Halusinasi merupakan salah satu gejala psikotik/skizofrenia biasanya diatasi menggunakan obat-obatan anti psikotik antara lain...
 

1. Haloperidol	3. Trihexyphenidile
2. Chlorpromazine	4. Dexametasone

#### DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, 1996, *Proses Keperawatan Jiwa*, jilid I. Direktorat Kesehatan Jiwa, Jakarta.
- Friedman, Marilyn M. 1998. *Praktik Keperawatan Keluarga: Teori, Pengkajian, Diagnosa, dan Intervensi*. Toronto: Appleton&Lange.
- Herdman, T. Heather. 2012. *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. EGC. Jakarta
- Hershenson, David B.; Power, Paul W.; & Waldo, Michael. 1996. *Community Counseling, Contemporer Theory and Practice*. Massachusetts, A Simon & Scuster Company.
- Iyer, P.W., et al., 1996. *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Keliat, BA dan Akemat. 2009. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. EGC; Jakarta
- Maramis, W.F., 1998, *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*, penerbit : Buku Kedokteran EGC ; Jakarta.
- Maramis, W.F., 2006. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Ed. 9 Surabaya: Airlangga University Press.
- Stuart G.W, and Sundeen S.J., 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, St Louis: Mosby Year Book
- Stuart, G.W, and Laraia., 2005. *Principles and practice of psychiatric nursing*, 8ed, Elsevier Mosby, Philadelphia
- Stuart, G.W, and Sundeen, S.J, 1998, *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, edisi 3, Penerbit : Buku Kedokteran EGC ; Jakarta.
- Yosep, Iyus. 2009. *Keperawatan Jiwa*. Refika Aditama; Bandung

**BAB 5**  
**ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa GANGGUAN HUBUNGAN**  
**SOSIAL: MENARIK DIRI**

<b>STANDAR KOMPETENSI</b>	: Mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa gangguan hubungan sosial: menarik diri yang sesuai dengan konsep dasar meliputi: definisi, rentang respon, perkembangan, faktor penyebab, tanda dan gejala gangguan hubungan sosial: menarik diri, dan asuhan keperawatan jiwa gangguan hubungan sosial: menarik diri, yang terdiri dari 5 tahap proses asuhan keperawatan.
<b>KOMPETENSI DASAR</b>	: Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Hubungan Sosial: Menarik Diri
<b>INDIKATOR</b>	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa dapat menyebutkan definisi gangguan hubungan sosial: Menarik diri (C1, A1)</li> <li>2. Mahasiswa dapat menyebutkan rentang respon gangguan hubungan sosial: Menarik diri (C1, A1)</li> <li>3. Mahasiswa dapat menyebutkan perkembangan gangguan hubungan sosial: Menarik diri (C1, A1)</li> <li>4. Mahasiswa dapat menyebutkan faktor penyebab gangguan hubungan sosial: Menarik diri (C1, A1)</li> <li>5. Mahasiswa dapat menyebutkan tanda dan gejala gangguan hubungan sosial: Menarik diri (C1, A1)</li> <li>6. asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan hubungan sosial: Menarik diri yang sesuai dengan prinsip 5 tahap proses asuhan keperawatan: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (C2, A2)</li> </ol>
<b>MATERI POKOK</b>	: <b>ASUHAN KEPERAWATAN Jiwa GANGGUAN HUBUNGAN SOSIAL: MENARIK DIRI</b>



## **BAB 5**

### **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA GANGGUAN HUBUNGAN SOSIAL: MENARIK DIRI**

#### **A. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN JIWA GANGGUAN HUBUNGAN SOSIAL: MENARIK DIRI**

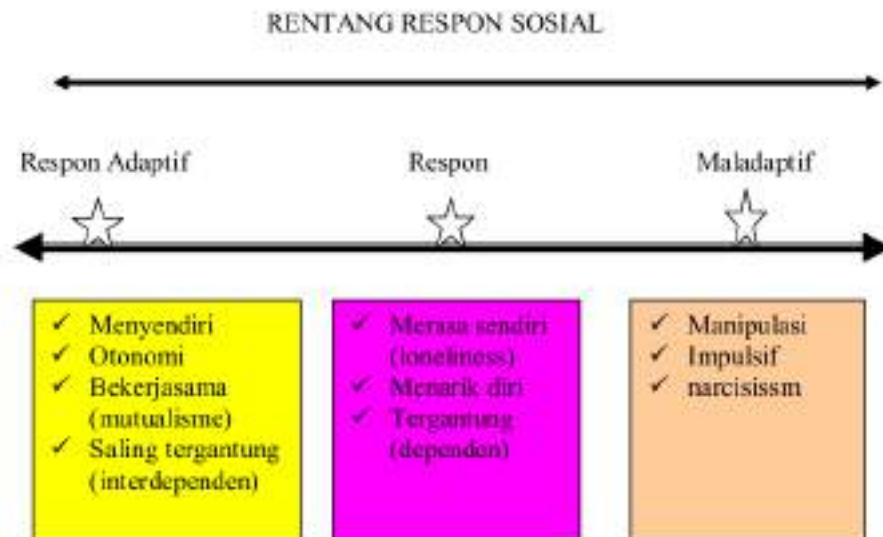
Konsep dasar asuhan keperawatan jiwa gangguan hubungan sosial: menarik diri yang sesuai dengan konsep dasar meliputi: definisi, rentang respon, perkembangan, faktor penyebab, tanda dan gejala menarik diri. Mari kita belajar bersama.

##### **1. DEFINISI MENARIK DIRI**

Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain. Menurut Townsend, M.C (1998) Menarik diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain. Sedangkan menurut Dekes RI (1989) Penarikan diri atau *withdrawal* merupakan suatu tindakan melepaskan diri baik perhatian ataupun minatnya terhadap lingkungan sosial secara langsung yang dapat bersifat sementara atau menetap. Jadi menarik diri adalah keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan dan menghindari interaksi dengan orang lain secara langsung yang dapat bersifat sementara atau menetap.

##### **2. RENTANG RESPON SOSIAL**

Dalam membina hubungan sosial individu berada dalam rentang respon yang adaptif sampai dengan maladaptif. Respon adaptif merupakan respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan yang secara umum berlaku. Sedangkan respon maladaptif merupakan respon yang dilakukan individu dalam menyelesaikan masalah yang kurang dapat diterima oleh norma sosial dan budaya setempat. Respon sosial yang maladaptif yang sering terjadi dalam kehidupan sehari-hari adalah menarik diri, tergantung (*dependen*), manipulasi, curiga, gangguan komunikasi dan kesepian (Townsend, M.C., 1998)



**Gambar:** Rentang Respon Sosial: Menarik Diri (Townsend, M.C., 1998).

Rentang Respon	Sosial: Menarik Diri
<b>Menyendiri (solitude).</b>	Merupakan respon yang dibutuhkan seseorang untuk merenungkan apa yang telah dilakukan dilingkungan sosialnya dan suatu cara untuk mengevaluasi diri untuk menentukan langkah selanjutnya. Solitude umumnya dilakukan setelah melakukan kegiatan.
<b>Otonomi</b>	Merupakan kemampuan individu untuk menentukan dan menyampaikan ide-ide, pikiran, perasaan dalam hubungan sosial.
<b>Bekerja sama (mutualisme)</b>	Suatu kondisi dalam hubungan interpersonal dimana individu tersebut mampu untuk saling memberi dan menerima
<b>Saling tergantung (interdependen)</b>	Merupakan kondisi saling tergantung antara individu dengan yang lainnya dalam membina hubungan interpersonal.
<b>Merasa sendiri</b>	Bisanya disebut juga kesepian. Dimanifestasikan dengan merasa tidak tahan, dan untuk satu alasan atau yang lain menganggap bahwa dirinya sendirian dalam menghadapi masalah, cenderung pemalu, sering merasa tidak PD dan minder, atau merasa kurang bisa bergaul.

<b>Menarik diri</b>	Merupakan suatu keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain
<b>Tergantung (dependen)</b>	Terjadi bila seseorang gagal dalam mengembangkan rasa percaya diri atau kemampuannya untuk berfungsi secara sukses. Gambaran utama dari gangguan ini adalah kesulitan dengan "perpisahan", dimana gangguan ini beresiko menjadi gangguan depresi dan gangguan cemas sehingga berkecenderungan berpikiran untuk bunuh diri. Diperkirakan lebih dari 2% dari populasi dewasa mengalami gangguan ini dengan perbandingan antara pria dan wanita sama.
<b>Manipulasi</b>	Sebuah proses rekayasa dengan melakukan penambahan, pensembunyian, penghilangan atau pengkaburan terhadap bagian atau keseluruhan sebuah realitas, kenyataan, fakta-fakta ataupun sejarah yang dilakukan berdasarkan sistim perancangan sebuah tata sistem nilai sehingga manipulasi adalah bagian penting dari tindakan menanamkan gagasan, sikap, sistem berpikir, perilaku dan kepercayaan tertentu. Manipulasi merupakan gangguan hubungan sosial yang terdapat pada individu yang menganggap orang lain sebagai objek. Individu tersebut tidak dapat membina hubungan sosial secara mendalam.
<b>Impulsif</b>	Merupakan dorongan yang didasarkan keinginan atau untuk pemuasan atau keinginan secara sadar maupun tidak sadar. Bertindak impulsif: suatu tindakan yang didasarkan dengan adanya dorongan untuk mengekspresikan keinginan. Bertindak impulsif juga berarti bertindak tanpa berpikir/memikirkan tindakan itu terlebih dahulu. Dan itulah yang biasanya dilakukan oleh pecandu, bertindak tanpa berpikir. <i>Act on impulse</i> , bertindak sesuai dorongan yang dirasakan pada saat itu, seringkali tanpa menggunakan rasio atau akal sehat, sehingga baru belakangan setelah perbuatannya itu dilakukan ia akan merasa menyesal. Contoh tindakan impulsif; kita dimarahi atau sedang dinasehati oleh orang tua kita, terus dari kata-kata yang dikeluarkan oleh orang tua, ada yang menyentuh atau yang membuat kita menjadi marah dan kita akan langsung melakukan tindakan yang diluar kesadaran kita yaitu kita langsung keluar dari rumah atau kita akan melakukan tindakan masuk dalam kamar kita dan kita melakukan tindakan yang sama tanpa disadari yaitu kita langsung membanting pintu kamar kita tersebut ataupun kita melakukan tindakan membanting barang-barang yang ada di depan



	mata kita. Tindakan yang dikeluarkan biasanya berlebihan, sehingga sulit untuk dikontrol itu semua diakibatkan karena kita kurang mengenal diri kita sendiri, sehingga sulit untuk mengendalikan emosi kita, pikiran kita dan keinginan negatif kita. Pada dasarnya pecandu merasa tidak nyaman atau akan mengganggu jika merasakan perasaan (feeling) yang tidak menyenangkan dan tindakannya akan mengarah kepada tindakan yang negatif seperti menggunakan kembali obat-obatan (drugs) untuk membuat dirinya nyaman kembali.
<b>Narsisme</b>	adalah perasaan cinta terhadap diri sendiri yang berlebihan. Istilah ini pertama kali digunakan dalam <u>psikologi</u> oleh <u>Sigmund Freud</u> dengan mengambil dari tokoh dalam mitos <u>Yunani</u> , Narcissus, yang dikutuk sehingga ia mencintai bayangannya sendiri di kolam. Sifat narsisisme ada dalam setiap manusia sejak lahir, bahkan Andrew Morrison berpendapat bahwa dimilikinya sifat narsisisme dalam jumlah yang cukup akan membuat seseorang memiliki <u>persepsi</u> yang seimbang antara kebutuhannya dalam hubungannya dengan orang lain. Namun apabila jumlahnya berlebihan, dapat menjadi suatu kelainan kepribadian yang bersifat <u>patologis</u> . Merupakan perasaan cinta diri yang berlebihan, yakni bermula dari kagum diri, kemudian membanggakan kelebihan yang ada pada dirinya atau kelompoknya, dan selanjutnya pada tingkatan tertentu dapat berkembang menjadi rasa tidak suka, kemudian menjadi benci kepada orang lain, atau orang yang berbeda dengan mereka. Sifat ini merupakan perwujudan dari egoisme yang sempit. (Townsend, M.C., 1998).

### 3. PERKEMBANGAN HUBUNGAN SOSIAL

Untuk mengembangkan hubungan sosial yang positif, setiap tugas perkembangan sepanjang daur kehidupan diharapkan dilalui dengan sukses sehingga kemampuan membina hubungan sosial dapat menghasilkan kepuasan bagi individu (Townsend, M.C., 1998).

#### A. Bayi

Bayi sangat tergantung pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan biologis dan psikologisnya. Bayi umumnya menggunakan komunikasi yang sangat sederhana dalam menyampaikan kebutuhannya, misalnya menangis untuk



semua kebutuhan. Konsistensi ibu dan anak seperti stimulus sentuhan, kontak mata, komunikasi yang hangat merupakan aspek penting yang harus dibina sejak dini karena akan menghasilkan rasa aman dan rasa percaya yang mendasar. Kegagalan pemenuhan kebutuhan bayi melalui ketergantungan pada orang lain akan mengakibatkan rasa tidak percaya diri sendiri dan orang lain serta menarik diri.

#### **B. Pra Sekolah**

Materson menamakan masa antara usia 18 bulan – 3 tahun yang merupakan taraf masa pemisahan pribadi. Anak pra sekolah mulai memperluas hubungan sosialnya diluar lingkungan keluarga khususnya ibu (pengasuh). Anak menggunakan kemampuan berhubungan yang telah dimiliki untuk berhubungan dengan lingkungan diluar keluarga. Dalam hal ini anak membutuhkan dukungan dan bantuan dari keluarga khususnya pemberian pengakuan yang positif terhadap perilaku anak yang adaptif. Hal ini merupakan dasar otonomi anak yang berguna untuk mengembangkan kemampuan hubungan interdependen. Kegagalan anak dalam berhubungan dengan lingkungannya disertai respon keluarga yang negatif akan mengakibatkan anak menjadi tidak mampu mengontrol diri, tidak mandiri (tergantungan), ragu, menarik diri dari lingkungan, kurang percaya diri, pesimis, takut perilakunya salah.

#### **C. Anak-anak**

Anak mulai mengembangkan dirinya sebagai individu yang mandiri dan mulai mengenal lingkungan lebih luas, dimana anak mulai membina hubungan dengan teman-temannya. Pada usia ini anak mulai mengenal bekerja sama, kompetisi, dan kompromi. Konflik sering terjadi dengan orang tua karena pembatasan dan dukungan yang tidak konsisten. Teman dengan orang dewasa diluar keluarga (guru, orang tua teman) merupakan sumber pendukung yang penting bagi anak. Kegagalan dalam membina hubungan dengan teman di sekolah, kurangnya dukungan gurudan pembatasan serta dukungan yang tidak konsisten dari orang tua mengakibatkan frustrasi terhadap kemampuannya, putus asa, merasa tidak mampu dan menarik diri dari lingkungan.

#### **D. Remaja**

Pada usia ini anak mengembangkan hubungan intim dengan teman sebaya dan sejenis dan umumnya mempunyai sahabat karib. Hubungan dengan teman sangat tergantung sedangkan hubungan dengan orang tua mulai independen. Kegagalan dalam membina hubungan dengan teman dan kurangnya dukungan dari orang tua akan mengakibatkan keraguan dan identitas, ketidak mampuan mengidentifikasi karier dan rasa percaya diri yang kurang.

#### **E. Dewasa Muda**

Pada usia ini individu mempertahankan hubungan interdependen dengan orang tua dan teman sebaya. Individu belajar mengambil keputusan dengan memperhatikan saran dan pendapat orang lain, seperti memilih pekerjaan, memilih karier, dan melangsungkan pernikahan. Kegagalan individu dalam melanjutkan sekolah, pekerjaan, pernikahan mengakibatkan individu menghindari hubungan intim, menjauhi orang lain dan putus asa akan karier.

#### **F. Dewasa Tengah**

Individu pada usia dewasa tengah umumnya telah pisah tempat tinggal dengan orang tua, khususnya individu telah menikah. Jika ia telah menikah maka peran menjadi orang tua dan mempunyai hubungan antar orang dewasa merupakan situasi tempat menguji kemampuan hubungan interdependen. Kegagalan pisah tempat tinggal dengan orang tua, membina hubungan yang baru dan tidak mendapatkan dukungan dari orang dewasa lain akan mengakibatkan perhatian hanya tertuju pada diri sendiri, produktivitas dan kreativitas berkurang dan perhatian pada orang lain berkurang.

#### **G. Dewasa Lanjut**

Pada masa ini individu akan mengalami kehilangan, baik kehilangan fungsi fisik, kegiatan, pekerjaan, teman hidup (teman sebaya dan pasangan), anggota keluarga (kematian orang tua). Individu tetap memerlukan hubungan yang memuaskan dengan orang lain. Individu yang mempunyai perkembangan yang baik dapat menerima kehilangan yang terjadi dalam kehidupannya dan mengakui bahwa dukungan orang lain dapat membantu dalam menghadapi kehilangannya. Kegagalan dalam masa ini dapat menyebabkan individu merasa

tidak berguna, tidak dihargai dan hal lain dapat membuat individu menarik diri dan rendah diri (Townsend, M.C., 1998).

#### **4. PENYEBAB MENARIK DIRI**

Penyebab dari menarik diri adalah harga diri rendah yaitu perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan, yang ditandai dengan adanya perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, percaya diri kurang, dan juga dapat mencederai diri (Carpenito, L.J., 1998:352)

##### **A. FAKTOR PREDISPOSISI**

Beberapa faktor predisposisi (pendukung) terjadi gangguan hubungan sosial yaitu:

- 1. Faktor perkembangan,** Kemampuan membina hubungan yang sehat tergantung dari pengalaman selama proses tumbuh kembang. Setiap tahap tumbuh kembang memiliki tugas yang harus dilalui individu dengan sukses, karena apabila tugas perkembangan ini tidak dapat dipenuhi akan menghambat masa perkembangan selanjutnya. Kurangnya stimulasi, kasih sayang, perhatian, dan kehangatan dari orang tua/pengasuh akan memberikan rasa tidak aman yang dapat menghambat terbentuknya rasa tidak percaya.
- 2. Fakto biologis,** Genetik merupakan salah satu faktor pendukung gangguan jiwa. Kelainan struktur otak, seperti atrofi, pembesaran ventrikel, penurunan berat dan volume otak serta perubahan limbik diduga dapat menyebabkan skizofrenia.
- 3. Faktor sosial budaya,** Faktor sosial budaya dapat menjadi faktor pendukung terjadinya gangguan dalam membina hubungan dengan orang lain, misalnya anggota keluarga yang tidak produktif diasingkan dari orang lain (lingkungan sosialnya).

##### **B. STRESSOR PRESIPITASI**

- 1. Stressor sosial budaya,** Stressor sosial budaya dapat menyebabkan terjadinya gangguan dalam membina hubungan dengan orang lain, misalnya anggota keluarga yang labil, yang dirawat di rumah sakit.
- 2. Stressor psikologis,** Tingkat kecemasan yang berat akan menyebabkan menurunnya kemampuan individu untuk berhubungan dengan orang lain.

Intensitas kecemasan yang ekstrim dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan individu untuk mengatasi masalah diyakini akan menimbulkan berbagai masalah gangguan berhubungan (menarik diri).

## **5. TANDA DAN GEJALA**

Kurang spontan, Apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan), Ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi sedih), Afek tumpul, Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri, Komunikasi verbal menurun atau tidak ada. Klien tidak bercakap-cakap dengan klien lain/perawat, Mengisolasi diri (menyendiri), Tidak atau kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya, Pemasukan makan dan minuman terganggu, Retensi urin dan feses, Aktivitas menurun, Kurang energy, Harga diri rendah, Posisi janin pada saat tidur, Menolak berhubungan dengan orang lain (Townsend, M.C., 1998).

## **B. ASUHAN KEPERAWATAN JIWA GANGGUAN HUBUNGAN SOSIAL: MENARIK DIRI**

Standar asuhan keperawatan atau standar praktek keperawatan mengacu pada standar praktek profesional dan standar kinerja profesional. Standar praktek profesional di Indonesia telah dijabarkan oleh (PPNI, 2009). Standar praktek profesional tersebut juga mengacu pada proses keperawatan jiwa terdiri dari lima tahap standar yaitu: 1) Pengkajian, 2) Diagnosis, 3) Perencanaan, 4) Pelaksanaan (Implementasi), dan 5) Evaluasi (PPNI, 2009).

### **1. PENGKAJIAN**

Mekanisme koping digunakan klien sebagai usaha untuk mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Mekanisme koping yang sering digunakan pada menarik diri adalah regresi, represi dan isolasi. Masalah keperawatan:

1. Resiko perubahan persepsi sensori : Halusinasi
2. Gangguan Hubungan sosial : Menarik diri
3. Gangguan konsep diri : Harga diri rendah



### Personal Approach

#### **1. Memenuhi kebutuhan Biologis**

- a) memonitor pemasukan dan pengeluaran
- b) memperhatikan kebersihan klien
- c) mempertahankan sikap empati dan kesabaran perawat untuk mengenali kebutuhan klien

#### **2. Komunikasi verbal dan non verbal**

- a) pilih topik pembicaraan yang disukai
- b) gunakan pertanyaan terbuka
- c) kaji bahasa tubuh klien
- d) pertahankan kontak mata antara perawat dan klien
- e) sentuhan halus dapat mempererat hubungan antara perawat dan klien
- f) tatap klien waktu berbicara, badan agak membungkuk ke depan untuk memperlihatkan bahwa perawat siap untuk membantu klien.

#### **3. Melibatkan orang lain dengan klien**

diawali dengan membina hubungan perawat-klien secara one to one kemudian dilanjutkan dan ditingkatkan dengan orang lain

#### **4. Intervensi keluarga**

- a) bantu keluarga untuk mengerti kebutuhan klien
- b) bantu keluarga untuk tetap mempertahankan hubungan dengan klien
- c) berikan pendidikan kesehatan kepada keluarga maupun klien mengenai proses pengobatan

#### **5. Terminasi**

Evaluasi keberhasilan intervensi keperawatan berfokus pada perawat dan klien. Berfokus pada perawat: evaluasi diri sendiri (self evaluation) dan supervisi oleh perawat lain yang lebih berpengalaman. Berfokus pada klien:

- a. perilaku klien berubah, validasi dengan klien
- b. dengan komunikasi non verbal : kontak mata, sentuhan
- c. klien dapat memulai percakapan
- d. klien mampu mengambil keputusan dan mengemukakan pendapat sehingga harga diri dan rasa percaya diri klien meningkat
- e. klien menggunakan sumber koping yang adekuat.

## 2. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

**Diagnosis 1:** Resiko perubahan persepsi sensori: Halusinasi berhubungan dengan Menarik diri

**Diagnosis 2:** Gangguan hubungan Sosial: Menarik diri berhubungan dengan harga diri rendah.

## 3. RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

**Diagnosa 1:** Resiko perubahan persepsi sensori: halusinasi berhubungan dengan menarik diri.

**Tujuan Umum:** Klien dapat berinteraksi dengan orang lain sehingga tidak terjadi halusinasi

<b>Tujuan Khusus</b>	<b>1. Klien dapat membina hubungan saling percaya</b>
<b>Rasional</b>	Hubungan saling percaya merupakan landasan utama untuk hubungan selanjutnya
<b>Tindakan</b>	Bina hubungan saling percaya dengan menggunakan prinsip komunikasi terapeutik dengan cara: 1. sapa klien dengan ramah baik verbal maupun non verbal 2. perkenalkan diri dengan sopan 3. tanyakan nama lengkap klien dan nama panggilan yang disukai 4. jelaskan tujuan pertemuan 5. jujur dan menepati janji 6. tunjukkan sikap empati dan menerima klien apa adanya 7. berikan perhatian kepada klien dan perhatian kebutuhan dasar klien
<b>Tujuan Khusus</b>	<b>2. Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri</b>
<b>Rasional</b>	Memberi kesempatan untuk mengungkapkan perasaannya dapat membantu mengurangi stres dan penyebab perasaan menarik diri
<b>Tindakan</b>	1. Kaji pengetahuan klien tentang perilaku menarik diri dan tanda-tandanya 2. Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan penyebab menarik diri atau mau bergaul. 3. Diskusikan bersama klien tentang perilaku menarik diri, tanda-tanda serta penyebab yang muncul. 4. Berikan pujian terhadap kemampuan klien mengungkapkan perasaannya

<b>Tujuan Khusus</b>	<b>3. Klien dapat menyebutkan keuntungan berhubungan dengan orang lain dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain.</b>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui keuntungan dari bergaul dengan orang lain.</li> <li>2. Untuk mengetahui akibat yang dirasakan setelah menarik diri.</li> </ol>
<b>Tindakan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji pengetahuan klien tentang manfaat dan keuntungan berhubungan dengan orang lain <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain</li> <li>b) Diskusikan bersama klien tentang manfaat berhubungan dengan orang lain</li> <li>c) Beri <i>reinforcement</i> positif terhadap kemampuan mengungkapkan perasaan tentang keuntungan berhubungan dengan orang lain</li> </ol> </li> <li>2. Kaji pengetahuan klien tentang kerugian bila tidak berhubungan dengan orang lain <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Beri kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaan dengan orang lain</li> <li>b) Diskusikan bersama klien tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain</li> <li>c) Beri <i>reinforcement</i> positif terhadap kemampuan mengungkapkan perasaan tentang kerugian tidak berhubungan dengan orang lain</li> </ol> </li> </ol>
<b>Tujuan Khusus</b>	<b>4. Klien dapat melaksanakan hubungan sosial secara bertahap</b>
<b>Rasional</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengeksplorasi perasaan klien terhadap perilaku menarik diri yang biasa dilakukan.</li> <li>2. Untuk mengetahui perilaku menarik diri dilakukan dan dengan bantuan perawat bisa membedakan perilaku konstruktif dan destruktif.</li> </ol>
<b>Tindakan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji kemampuan klien membina hubungan dengan orang lain</li> <li>2. Dorong dan bantu klien untuk berhubungan dengan orang lain melalui tahap : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) K – P</li> <li>b) K – P – P lain</li> <li>c) K – P – P lain – K lain</li> <li>d) K – Kel/ Klp/ Masy</li> </ol> </li> <li>3. Beri <i>reinforcement</i> positif terhadap keberhasilan yang telah dicapai</li> <li>4. Bantu klien untuk mengevaluasi manfaat berhubungan</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>5. Diskusikan jadwal harian yang dilakukan bersama klien dalam mengisi waktu</li> <li>6. Motivasi klien untuk mengikuti kegiatan ruangan</li> <li>7. Beri <i>reinforcement</i> positif atas kegiatan klien dalam kegiatan ruangan</li> </ul>
<b>Tujuan Khusus</b>	<b>5. Klien dapat mengungkapkan perasaannya setelah berhubungan dengan orang lain</b>
<b>Rasional</b>	Dapat membantu klien dalam menemukan cara yang dapat menyelesaikan masalah
<b>Tindakan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Dorong klien untuk mengungkapkan perasaannya bila berhubungan dengan orang lain</li> <li>2. Diskusikan dengan klien tentang perasaan manfaat berhubungan dengan orang lain</li> <li>3. Beri <i>reinforcement</i> positif atas kemampuan klien mengungkapkan perasaan manfaat berhubungan dengan oranglain</li> </ul>
<b>Tujuan Khusus</b>	<b>6. Klien dapat memberdayakan sistem pendukung atau keluarga</b>
<b>Rasional</b>	memberikan penangan bantuan terapi melalui pengumpulan data yang lengkap dan akurat kondisi fisik dan non fisik pasien serta keadaan perilaku dan sikap keluarganya
<b>Tindakan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Bina hubungan saling percaya dengan keluarga:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) salam, perkenalan diri</li> <li>b) jelaskan tujuan</li> <li>c) buat kontrak</li> <li>d) eksplorasi perasaan klien</li> </ul> </li> <li>2. Diskusikan dengan anggota keluarga tentang :               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) perilaku menarik diri</li> <li>b) penyebab perilaku menarik diri</li> <li>c) akibat yang terjadi jika perilaku menarik diri tidak ditanggapi</li> <li>d) cara keluarga menghadapi klien menarik diri</li> </ul> </li> <li>3. Dorong anggota keluarga untuk memberikan dukungan kepada klien untuk berkomunikasi dengan orang lain</li> <li>4. Anjurkan anggota keluarga secara rutin dan bergantian menjenguk klien minimal satu kali seminggu</li> <li>5. Beri <i>reinforcement</i> positif positif atas hal-hal yang telah dicapai oleh keluarga</li> </ul>



## **C. LAMPIRAN MODUL**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL**

Respons perilaku individu terhadap stressor bervariasi sesuai dengan kondisi masing-masing. Salah satu respons perilaku yang muncul adalah isolasi sosial yang merupakan salah satu gejala negatif pasien dengan psikotik. Modul ini berisi panduan dalam merawat pasien dan keluarga pasien dengan masalah keperawatan isolasi sosial, dengan menggunakan pendekatan baik secara individual maupun kelompok (Keliat, BA dan Akemat, 2009) Mari mempelajari modul ini.

#### **A. Tujuan Pembelajaran**

Setelah mempelajari modul ini diharapkan Saudara mampu:

1. Melakukan pengkajian pada pasien isolasi sosial
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien isolasi sosial
3. Melakukan tindakan keperawatan kepada pasien dengan isolasi sosial
4. Melakukan tindakan keperawatan kepada keluarga pasien isolasi sosial
5. Mengevaluasi kemampuan pasien dan keluarga dalam merawat pasien isolasi sosial
6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien dengan isolasi sosial

#### **B. Pengkajian**

Isolasi sosial adalah keadaan di mana seorang individu mengalami penurunan atau bahkan sama sekali tidak mampu berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya. Pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang berarti dengan orang lain.

Untuk mengkaji pasien isolasi sosial Saudara dapat menggunakan wawancara dan observasi kepada pasien dan keluarga.

Tanda dan gejala isolasi sosial yang dapat ditemukan dengan **wawancara**, adalah:

1. Pasien menceritakan perasaan kesepian atau ditolak oleh orang lain
2. Pasien merasa tidak aman berada dengan orang lain
3. Pasien mengatakan hubungan yang tidak berarti dengan orang lain
4. Pasien merasa bosan dan lambat menghabiskan waktu
5. Pasien tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan
6. Pasien merasa tidak berguna
7. Pasien tidak yakin dapat melangsungkan hidup

Pertanyaan-pertanyaan berikut ini dapat Saudara tanyakan pada waktu wawancara untuk mendapatkan data subyektif:

1. Bagaimana pendapat pasien terhadap orang-orang di sekitarnya (keluarga atau tetangga)?
2. Apakah pasien mempunyai teman dekat? Bila punya siapa teman dekat itu?
3. Apa yang membuat pasien tidak memiliki orang yang terdekat dengannya?
4. Apa yang pasien inginkan dari orang-orang di sekitarnya?
5. Apakah ada perasaan tidak aman yang dialami oleh pasien?
6. Apa yang menghambat hubungan yang harmonis antara pasien dengan orang sekitarnya?

7. Apakah pasien merasakan bahwa waktu begitu lama berlalu?
8. Apakah pernah ada perasaan ragu untuk bisa melanjutkan kehidupan?

Tanda dan gejala isolasi sosial yang dapat diobservasi:

1. Tidak memiliki teman dekat
2. Menarik diri
3. Tidak komunikatif
4. Tindakan berulang dan tidak bermakna
5. Asyik dengan pikirannya sendiri
6. Tak ada kontak mata
7. Tampak sedih, afek tumpul

### C. Diagnosa Keperawatan

**Isolasi Sosial**

### D. Tindakan Keperawatan

#### 1. Tindakan keperawatan untuk pasien.

a. **Tujuan:** Setelah tindakan keperawatan, pasien mampu

- 1) Membina hubungan saling percaya
- 2) Menyadari penyebab isolasi sosial
- 3) Berinteraksi dengan orang lain

b. **Tindakan**

1) Membina Hubungan Saling Percaya

Tindakan yang harus dilakukan dalam membina hubungan saling percaya, adalah :

1. Mengucapkan salam setiap kali berinteraksi dengan pasien
2. Berkenalan dengan pasien: perkenalkan nama dan nama panggilan yang Saudara sukai, serta tanyakan nama dan nama panggilan pasien
3. Menanyakan perasaan dan keluhan pasien saat ini
4. Buat kontrak asuhan: apa yang Saudara akan lakukan bersama pasien, berapa lama akan dikerjakan, dan tempatnya di mana
5. Jelaskan bahwa Saudara akan merahasiakan informasi yang diperoleh untuk kepentingan terapi
6. Setiap saat tunjukkan sikap empati terhadap pasien
7. Penuhi kebutuhan dasar pasien bila memungkinkan

Untuk membina hubungan saling percaya pada pasien isolasi sosial kadang-kadang perlu waktu yang lama dan interaksi yang singkat dan sering, karena tidak mudah bagi pasien untuk percaya pada orang lain. Untuk itu Saudara sebagai perawat harus konsisten bersikap terapeutik kepada pasien. Selalu penuhi janji adalah salah satu upaya yang bisa dilakukan. Pendekatan yang konsisten akan membuahkan hasil. Bila pasien sudah percaya dengan Saudara program asuhan keperawatan lebih mungkin dilaksanakan.

- 2) Membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial  
Langkah-langkah untuk melaksanakan tindakan ini adalah sebagai berikut :
  1. Menanyakan pendapat pasien tentang kebiasaan berinteraksi dengan orang lain
  2. Menanyakan apa yang menyebabkan pasien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
- 3) Membantu pasien mengenal keuntungan berhubungan dengan orang lain  
Dilakukan dengan cara mendiskusikan keuntungan bila pasien memiliki banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka
- 4) Membantu pasien mengenal kerugian tidak berhubungan  
Dilakukan dengan cara:
  1. Mendiskusikan kerugian bila pasien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain
  2. Menjelaskan pengaruh isolasi sosial terhadap kesehatan fisik pasien
- 5) Membantu pasien untuk berinteraksi dengan orang lain secara bertahap.  
Saudara tidak mungkin secara drastis mengubah kebiasaan pasien dalam berinteraksi dengan orang lain, karena kebiasaan tersebut telah terbentuk dalam jangka waktu yang lama. Untuk itu Saudara dapat melatih pasien berinteraksi secara bertahap. Mungkin pasien hanya akan akrab dengan Saudara pada awalnya, tetapi setelah itu Saudara harus membiasakan pasien untuk bisa berinteraksi secara bertahap dengan orang-orang di sekitarnya.  
Secara rinci tahapan melatih pasien berinteraksi dapat Saudara lakukan sebagai berikut:
  1. Beri kesempatan pasien mempraktekkan cara berinteraksi dengan orang lain yang dilakukan di hadapan Saudara
  2. Mulailah bantu pasien berinteraksi dengan satu orang (pasien, perawat atau keluarga)
  3. Bila pasien sudah menunjukkan kemajuan, tingkatkan jumlah interaksi dengan dua, tiga, empat orang dan seterusnya.
  4. Beri pujian untuk setiap kemajuan interaksi yang telah dilakukan oleh pasien.
  5. Siap mendengarkan ekspresi perasaan pasien setelah berinteraksi dengan orang lain. Mungkin pasien akan mengungkapkan keberhasilan atau kegagalannya. Beri dorongan terus menerus agar pasien tetap semangat meningkatkan interaksinya.

**SP 1 Pasien: Membina hubungan saling percaya, membantu pasien mengenal penyebab isolasi sosial, membantu pasien mengenal keuntungan berhubungan dan kerugian tidak berhubungan dengan orang lain, dan mengajarkan pasien berkenalan**

Peragaan kepada pasangan saudara komunikasi dibawah ini

**Orientasi (Perkenalan):**

"Assalamu'alaikum"

"Saya H ....., Saya senang dipanggil Ibu Her ....., Saya perawat di Ruang Mawar ini... yang akan merawat Ibu."

"Siapa nama Ibu? Senang dipanggil siapa?"

"Apa keluhan S hari ini?" Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang keluarga dan teman-teman S? Mau dimana kita bercakap-cakap? Bagaimana kalau di ruang tamu? Mau berapa lama, S? Bagaimana kalau 15 menit"

**Kerja:**

(Jika pasien baru)

"Siapa saja yang tinggal serumah? Siapa yang paling dekat dengan S? Siapa yang jarang bercakap-cakap dengan S? Apa yang membuat S jarang bercakap-cakap dengannya?"

(Jika pasien sudah lama dirawat)

"Apa yang S rasakan selama S dirawat disini? O. S merasa sendirian? Siapa saja yang S kenal di ruangan ini?"

"Apa saja kegiatan yang biasa S lakukan dengan teman yang S kenal?"

"Apa yang menghambat S dalam berteman atau bercakap-cakap dengan pasien yang lain?"

"Menurut S apa saja keuntungannya kalau kita mempunyai teman? Wah benar, ada teman bercakap-cakap. Apa lagi? (sampai pasien dapat menyebutkan beberapa) Nah kalau kerugiannya tidak mempunyai teman apa ya S? Ya, apa lagi? (sampai pasien dapat menyebutkan beberapa) Jadi banyak juga ruginya tidak punya teman ya. Kalau begitu inginkah S belajar bergaul dengan orang lain?"

"« Bagus. Bagaimana kalau sekarang kita belajar berkenalan dengan orang lain?"

"Begini lho S, untuk berkenalan dengan orang lain kita sebutkan dulu nama kita dan nama panggilan yang kita suka asal kita dan hobi. Contoh: Nama Saya S, senang dipanggil Si. Asal saya dari Bireun, hobi memusik"

"Selanjutnya S menanyakan nama orang yang diajak berkenalan. Contohnya begini: Nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa? Asalnya dari mana? Hobi apa?"

"Ayo S dicoba! Misalnya saya belum kenal dengan S. Coba berkenalan dengan saya!"

"Ya bagus sekali! Coba sekali lagi. Bagus sekali"

"Setelah S berkenalan dengan orang tersebut S bisa melanjutkan percakapan tentang hal-hal yang menyenangkan S bicarakan. Misalnya tentang cuaca, tentang hobi, tentang keluarga, pekerjaan dan sebagainya."

**Terminasi:**

"Bagaimana perasaan S setelah kita latihan berkenalan?"

"S tadi sudah mempraktekkan cara berkenalan dengan baik sekali"

"Selanjutnya S dapat mengingat-ingat apa yang kita pelajari tadi selama saya tidak ada. Sehingga S lebih siap untuk berkenalan dengan orang lain. S mau praktekkan ke pasien lain. Mau jam berapa mencobanya. Mari kita masukkan pada jadwal kegiatan hariannya."

"Besok pagi jam 10 saya akan datang kesini untuk mengajak S berkenalan dengan teman saya, perawat N. Bagaimana, S mau kan?"

"Baiklah, sampai jumpa. Assalamu'alaiku"



**SP 2 Pasien : Mengajarkan pasien berinteraksi secara bertahap (berkenalan dengan orang pertama -seorang perawat)**

Peragaan kepada pasangan saudara komunikasi dibawah ini

**Orientasi :**

"Assalamualaikum S!"

"Bagaimana perasaan S hari ini?"

« Sudah dingin-ingat lagi pelajaran kita tentang berkenalan »Coba sebutkan lagi sambil bersalaman dengan Suster ! »

« Bagus sekali, S masih ingat. Nah seperti janji saya, saya akan mengajak S mencoba berkenalan dengan teman saya perawat N. Tidak lama kok, sekitar 10 menit »

« Ayo kita temui perawat N disana »

**Kerja :**

( Bersama-sama S saudara mendekati perawat N)

« Selamat pagi perawat N, ini ingin berkenalan dengan N »

« Baiklah S, S bisa berkenalan dengan perawat N seperti yang kita praktekkan kemarin »

(pasien mendemonstrasikan cara berkenalan dengan perawat N : memberi salam, menyebutkan nama, menanyakan nama perawat, dan seterusnya)

« Ada lagi yang S ingin tanyakan kepada perawat N . coba tanyakan tentang keluarga perawat N »

« Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, S bisa sudahi perkenalan ini. Lalu S bisa buat janji bertemu lagi dengan perawat N, misalnya jam 1 siang nanti »

« Baiklah perawat N, karena S sudah selesai berkenalan, saya dan S akan kembali ke ruangan S. Selamat pagi »

(Bersama-sama pasien saudara meninggalkan perawat N untuk melakukan terminasi dengan S di tempat lain)

**Terminasi:**

"Bagaimana perasaan S setelah berkenalan dengan perawat N"

"S tampak bagus sekali saat berkenalan tadi"

"Pertahankan terus apa yang sudah S lakukan tadi. Jangan lupa untuk menanyakan topik lain supaya perkenalan berjalan lancar. Misalnya menanyakan keluarga, hobi, dan sebagainya. Bagaimana, mau coba dengan perawat lain. Mari kita masukkan pada jadwalnya. Mau berapa kali sehari? Bagaimana kalau 2 kali. Baik nanti S coba sendiri. Besok kita latihan lagi ya, mau jam berapa? Jam 10? Sampai besok."

**SP 3 Pasien: Melatih Pasien Berinteraksi Secara Bertahap (berkenalan dengan orang kedua-seorang pasien)**

Peragaan kepada pasangan saudara komunikasi dibawah ini

**Orientasi:**

"Assalamu'alaikum S! Bagaimana perasaan hari ini?"

"Apakah S bercakap-cakap dengan perawat N kemarin siang?"

(jika jawaban pasien: ya, saudara bisa lanjutkan komunikasi berikutnya orang lain

"Bagaimana perasaan S setelah bercakap-cakap dengan perawat N kemarin siang?"

"Bagus sekali S menjadi senang karena punya teman lagi"

"Kalau begitu S ingin punya banyak teman lagi?"

"Bagaimana kalau sekarang kita berkenalan lagi dengan orang lain, yaitu pasien O"

"seperti biasa kira-kira 10 menit"

"Mari kita temui dia di ruang makan"

**Kerja:**

( Bersama-sama S saudara mendekati pasien )

« Selamat pagi , ini ada pasien saya yang ingin berkenalan. »

« Baiklah S, S sekarang bisa berkenalan dengannya seperti yang telah S lakukan sebelumnya. »

(pasien mendemonstrasikan cara berkenalan: memberi salam, menyebutkan nama, nama panggilan, asal dan hobi dan menanyakan hal yang sama). »

« Ada lagi yang S ingin tanyakan kepada O?»

« Kalau tidak ada lagi yang ingin dibicarakan, S bisa sudahi perkendaraan ini. Lalu S bisa buat janji bertemu lagi, misalnya bertemu lagi jam 4 sore nanti »

(S membuat janji untuk bertemu kembali dengan O)

« Baiklah O, karena S sudah selesai berkenalan, saya dan S akan kembali ke ruangan S. Selamat pagi »

(Bersama-sama pasien saudara meninggalkan perawat O untuk melakukan terminasi dengan S di tempat lain)

**Terminasi:**

"Bagaimana perasaan S setelah berkenalan dengan O"

"Dibandingkan kemarin pagi, N tampak lebih baik saat berkenalan dengan O" "pertahankan apa yang sudah S lakukan tadi. Jangan lupa untuk bertemu kembali dengan O jam 4 sore nanti"

"Selanjutnya, bagaimana jika kegiatan berkenalan dan bercakap-cakap dengan orang lain kita tambahkan lagi di jadwal harian. Jadi satu hari S dapat berbincang-bincang dengan orang lain sebanyak tiga kali, jam 10 pagi, jam 1 siang dan jam 8 malam, S bisa bertemu dengan N, dan tambah dengan pasien yang baru dikenal. Selanjutnya S bisa berkenalan dengan orang lain lagi secara bertahap. Bagaimana S, setuju kan?"

"Baiklah, besok kita ketemu lagi untuk membicarakan pengalaman S. Pada jam yang sama dan tempat yang sama ya. Sampai besok. Assalamu'alaikum"

**2. Tindakan Keperawatan untuk Keluarga**

**a. Tujuan:** setelah tindakan keperawatan keluarga mampu merawat pasien isolasi sosial

**b. Tindakan:** Melatih Keluarga Merawat Pasien Isolasi sosial

Keluarga merupakan sistem pendukung utama bagi pasien untuk dapat membantu pasien mengatasi masalah isolasi sosial ini, karena keluarga yang selalu bersama-sama dengan pasien sepanjang hari.

Tahapan melatih keluarga agar mampu merawat pasien isolasi sosial di rumah meliputi:

1) Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien.

2) Menjelaskan tentang:

- Masalah isolasi sosial dan dampaknya pada pasien.
- Penyebab isolasi sosial.
- Cara-cara merawat pasien dengan isolasi sosial, antara lain:
  - Membina hubungan saling percaya dengan pasien dengan cara bersikap peduli dan tidak ingkar janji.
  - Memberikan semangat dan dorongan kepada pasien untuk bisa melakukan kegiatan bersama-sama dengan orang lain yaitu dengan tidak mencela kondisi pasien dan memberikan pujian yang wajar.
  - Tidak membiarkan pasien sendiri di rumah.
  - Membuat rencana atau jadwal bercakap-cakap dengan pasien.

3) Mempragakan cara merawat pasien dengan isolasi sosial

- 4) Membantu keluarga mempraktekkan cara merawat yang telah dipelajari, mendiskusikan yang dihadapi.
- 5) Menyusun perencanaan pulang bersama keluarga

**SP 1 Keluarga : Memberikan penyuluhan kepada keluarga tentang masalah isolasi sosial, penyebab isolasi sosial, dan cara merawat pasien dengan isolasi sosial**

Peragaan kepada pasangan saudara komunikasi dibawah ini

**Orientasi:**

"Assalamu'alaikum Pak"

"Perkenalkan saya perawat H, saya yang merawat, anak bapak, S, di ruang Mawar ini"

"Nama Bapak siapa? Senang dipanggil apa?"

"Bagaimana perasaan Bapak hari ini? Bagaimana keadaan anak S sekarang?"

"Bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang masalah anak Bapak dan cara perawatannya"

"Kita diskusi di sini saja ya? Berapa lama Bapak punya waktu? Bagaimana kalau setengah jam?"

**Kerja:**

"Apa masalah yang Bp/Ibu hadapi dalam merawat S? Apa yang sudah dilakukan?"

"Masalah yang dialami oleh anak S disebut isolasi sosial. Ini adalah salah satu gejala penyakit yang juga dialami oleh pasien-pasien gangguan jiwa yang lain".

"Tanda-tandanya antara lain tidak mau bergaul dengan orang lain, mengurung diri, kadang-kadang berbicara hanya sebentar dengan wajah menunduk"

"Biasanya masalah ini muncul karena memiliki pengalaman yang mengecewakan saat berhubungan dengan orang lain, seperti sering ditolak, tidak dihargai atau berpisah dengan orang-orang terdekat"

"Apabila masalah isolasi sosial ini tidak diatasi maka seseorang bisa mengalami halusinasi, yaitu mendengar suara atau melihat bayangan yang sebenarnya tidak ada."

"Untuk menghadapi keadaan yang demikian Bapak dan anggota keluarga lainnya harus sabar menghadapi S. Dan untuk merawat S, keluarga perlu melakukan beberapa hal. Pertama keluarga harus membina hubungan saling percaya dengan S yang caranya adalah bersikap peduli dengan S dan jangan ingkar janji. Kedua, keluarga perlu memberikan semangat dan dorongan kepada S untuk bisa melakukan kegiatan bersama-sama dengan orang lain. Berilah pujian yang wajar dan jangan mencela kondisi pasien."

"Selanjutnya jangan biarkan S sendiri. Buat rencana atau jadwal bercakap-cakap dengan S. Misalnya sholat bersama, makan bersama, rekreasi bersama, melakukan kegiatan rumah tangga bersama."

"Nah bagaimana kalau sekarang kita latihan untuk melakukan semua cara itu"

"Begini contoh komunikasinya, Pak: S, bapak lihat sekarang kamu sudah bisa bercakap-cakap dengan orang lain. Perbincangannya juga lumayan lama. Bapak senang sekali melihat perkembangan kamu. Nak, Coba kamu bincang-bincang dengan saudara yang lain. Lalu bagaimana kalau mulai sekarang kamu sholat berjamaah. Kalau di rumah sakit ini, kamu sholat di mana? Kalau nanti di rumah, kamu sholat bersama-sama keluarga atau di mushola kampung. Bagaimana S, kamu mau coba kan, nak?"

"Nah coba sekarang Bapak peragakan cara komunikasi seperti yang saya contohkan"

"Bagus, Pak. Bapak telah memperagakan dengan baik sekali"

"Sampai sini ada yang ditanyakan Pak"



**Terminasi:**

"Baiklah waktunya sudah habis. Bagaimana perasaan Bapak setelah kita latihan tadi?"

"Coba Bapak ulangi lagi apa yang dimaksud dengan isolasi sosial dan tanda-tanda orang yang mengalami isolasi sosial."

"Selanjutnya bisa Bapak sebutkan kembali cara-cara merawat anak bapak yang mengalami masalah isolasi sosial?"

"Bagus sekali Pak, Bapak bisa menyebutkan kembali cara-cara perawatan tersebut."

"Nanti kalau ketemu S coba Bp/Ibu lakukan. Dan tolong ceritakan kepada semua keluarga agar mereka juga melakukan hal yang sama."

"Bagaimana kalau kita bertemu tiga hari lagi untuk latihan langsung kepada S?"

"Kita ketemu disini saja ya Pak, pada jam yang sama."

"Assalamu'alaikum."

**SP 2 Keluarga : Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan masalah isolasi sosial langsung dihadapan pasien**

Peragaan kepada pasangan saudara komunikasi dibawah ini

**Orientasi:**

"Assalamu'alaikum Pak/Bu"

"Bagaimana perasaan Bpk/Ibu hari ini?"

"Bapak masih ingat latihan merawat anak Bapak seperti yang kita pelajari beberapa hari yang lalu?"

"Mari praktekkan langsung ke S! Berapa lama waktu Bapak/Ibu Baik kita akan coba 30 menit."

"Sekarang mari kita temui S"

**Kerja:**

"Assalamu'alaikum S. Bagaimana perasaan S hari ini?"

"Bpk/Ibu S datang bersuk. Beri salam! Bagus. Tolong S tunjukkan jadwal kegiatannya!"

(kemudian saudara berbicara kepada keluarga sebagai berikut)

"Nah Pak, sekarang Bapak bisa mempraktekkan apa yang sudah kita latihkan beberapa hari lalu" (Saudara mengobservasi keluarga mempraktekkan cara merawat pasien seperti yang telah dilatihkan pada pertemuan sebelumnya).

"Bagaimana perasaan S setelah berbincang-bincang dengan Orang tua S?"

"Baiklah, sekarang saya dan orang tua ke ruang perawat dulu"

(Saudara dan keluarga meninggalkan pasien untuk melakukan terminasi dengan keluarga)

**Terminasi:**

"Bagaimana perasaan Bapak/Ibu setelah kita latihan tadi? Bapak/Ibu sudah bagus."

"« Mulai sekarang Bapak sudah bisa melakukan cara merawat tadi kepada S »"

"« Tiga hari lagi kita akan bertemu untuk mendiskusikan pengalaman Bapak melakukan cara merawat yang sudah kita pelajari. Waktu dan tempatnya sama seperti sekarang Pak »"

"« Assalamu'alaikum »"

**SP 3 Keluarga: Membuat perencanaan pulang bersama keluarga**

Peragaan kepada pasangan saudara komunikasi dibawah ini

**Orientasi:**

"Assalamu'alaikum Pak/Bu"

"Karena besok S sudah boleh pulang, maka perlu kita bicarakan perawatan di rumah."

"Bagaimana kalau kita membicarakan jadwal S tersebut disini saja?"

"Berapa lama kita bisa bicara? Bagaimana kalau 30 menit?"



**Kerja:**

"Bpk/Ibu, ini jadwal S selama di rumah sakit. Coba dilihat, mungkinkah dilanjutkan di rumah? Di rumah Bpk/Ibu yang menggantikan perawat. Lanjutkan jadwal ini di rumah, baik jadwal kegiatan maupun jadwal minum obatnya."

"Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh anak Bapak selama di rumah. Misalnya kalau S terus menerus tidak mau bergaul dengan orang lain, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain. Jika hal ini terjadi segera hubungi perawat K di Puskesmas Indara Puri. Puskesmas terdekat dari rumah Bapak, ini nomor telepon puskesmasnya: (0651) 534xxxx."

"Selanjutnya perawat K tersebut yang akan memantau perkembangan S selama di rumah."

**Terminasi:**

"Bagaimana Pak/Bu? Ada yang belum jelas? Ini jadwal kegiatan harian S untuk dibawa pulang. Ini surat rujukan untuk perawat K di PKM Indrapuri. Jangan lupa kontrol ke PKM sebelum obat habis atau ada gejala yang tampak. Silakan selesaikan administrasinya!"

**E. Evaluasi****1. Kemampuan pasien dan keluarga**

**PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA  
PASIEN DENGAN MASALAH ISOLASI SOSIAL**

Nama pasien : .....

Ruangan: .....

Nama perawat: .....

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda (V) jika pasien dan keluarga mampu melakukan kemampuan di bawah ini.
2. Tuliskan tanggal setiap dilakukan supervisi

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
<b>A. Pasien</b>					
1	Menyebutkan penyebab isolasi sosial				
2	Menyebutkan keuntungan berinteraksi dengan orang lain				
3	Menyebutkan kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain				
4	Berkenalan dengan satu orang				
5	Berkenalan dengan dua orang atau lebih				
6	Memiliki jadwal kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian				
7	Melakukan perbincangan dengan orang lain sesuai jadwal harian				
<b>B. Keluarga</b>					
1	Menyebutkan pengertian, penyebab, tanda dan gejala isolasi sosial				
2	Menyebutkan cara-cara merawat pasien dengan isolasi sosial				
3	Mendemonstrasikan cara merawat pasien dengan isolasi sosial				
4	Menyebutkan tempat rujukan yang sesuai untuk pasien isolasi sosial				

## 2. Kemampuan perawat

### PENILAIAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN DENGAN ISOLASI SOSIAL

Nama pasien : .....

Ruangan: .....

Nama perawat: .....

Petunjuk pengisian:

Penilaian tindakan keperawatan untuk setiap SP dengan menggunakan instrumen penilaian

**Kinerja** Nilai tiap penilaian kinerja masukkan ke tabel pada baris nilai SP.

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
<b>A</b>	<b>Pasien</b>							
	<b>SP I p</b>							
1	Mengidentifikasi penyebab isolasi sosial pasien							
2	Berdiskusi dengan pasien tentang keuntungan berinteraksi dengan orang lain							
3	Berdiskusi dengan pasien tentang kerugian tidak berinteraksi dengan orang lain							
4	Mengajarkan pasien cara berkenalan dengan satu orang							
5	Menganjurkan pasien memasukkan kegiatan latihan berbincang-bincang dengan orang lain dalam kegiatan harian							
	<b>Nilai SP I p</b>							
	<b>SP II p</b>							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Memberikan kesempatan kepada pasien mempraktekkan cara berkenalan dengan satu orang							
3	Membantu pasien memasukkan kegiatan berbincang-bincang dengan orang lain sebagai salah satu kegiatan harian							
	<b>Nilai SP II p</b>							
	<b>SP III p</b>							
1	Mengevaluasi jadwal kegiatan harian pasien							
2	Memberikan kesempatan kepada berkenalan dengan dua orang atau lebih							
3	Menganjurkan pasien memasukkan dalam jadwal kegiatan harian							
	<b>Nilai SP III p</b>							
<b>B</b>	<b>Keluarga</b>							
	<b>SP I k</b>							
1	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien							
2	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala isolasi sosial yang dialami pasien beserta proses terjadinya							
3	Menjelaskan cara-cara merawat pasien isolasi sosial							
	<b>Nilai SP I k</b>							
	<b>SP II k</b>							
1	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan isolasi sosial							
2	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien isolasi sosial							
	<b>Nilai SP II k</b>							
	<b>SP III</b>							
1	Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat ( <i>discharge planning</i> )							

2	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang							
	Nilai SP III k							
	Total nilai : SP p + SP k							
	Rata-rata							

#### F. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada setiap tahap proses keperawatan yang meliputi dokumentasi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi tindakan keperawatan, dan evaluasi.

#### I. Pedoman Pengkajian Isolasi sosial

##### Hubungan Sosial

- Orang yang berarti bagi pasien:
- Peran serta dalam kegiatan kelompok atau masyarakat:
- Hambatan berhubungan dengan orang lain:

Masalah keperawatan: -----

#### G. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi aktivitas kelompok yang dapat dilakukan untuk pasien dengan isolasi sosial adalah:

- TAK sosialisasi yang terdiri dari tujuh sesi yaitu:
  - Sesi 1: Kemampuan memperkenalkan diri
  - Sesi 2: Kemampuan berkenalan
  - Sesi 3: Kemampuan bercakap-cakap
  - Sesi 4: Kemampuan bercakap-cakap topik tertentu
  - Sesi 5: Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
  - Sesi 6: Kemampuan bekerjasama
  - Sesi 7: Evaluasi kemampuan sosialisasi

#### RINGKASAN

Menarik diri merupakan percobaan untuk menghindari interaksi dengan orang lain, menghindari hubungan dengan orang lain (Rawlins, 1993). Menurut Townsend, M.C (1998) Menarik diri merupakan suatu keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan secara terbuka dengan orang lain. Sedangkan menurut Dekes RI (1989) Penarikan diri atau withdrawal merupakan suatu tindakan melepaskan diri baik perhatian ataupun minatnya terhadap lingkungan sosial secara langsung yang dapat bersifat sementara atau menetap. Jadi menarik diri adalah keadaan dimana seseorang menemukan kesulitan dalam membina hubungan dan menghindari interaksi dengan orang lain secara langsung yang dapat bersifat sementara atau menetap. Dalam membina hubungan sosial individu berada dalam rentang respon yang adaptif sampai dengan maladaptif. Respon adaptif merupakan respon yang dapat diterima oleh norma-norma sosial dan kebudayaan yang secara umum berlaku. Sedangkan respon maladaptif merupakan respon yang dilakukan individu dalam menyelesaikan

masalah yang kurang dapat diterima oleh norma sosial dan budaya setempat. Respon sosial yang maladaptif yang sering terjadi dalam kehidupan sehari-hari adalah menarik diri, tergantung (dependen), manipulasi, curiga, gangguan komunikasi dan kesepian. **Penyebab**, Penyebab dari menarik diri adalah harga diri rendah yaitu perasaan negatif terhadap diri sendiri, hilang kepercayaan diri, merasa gagal mencapai keinginan, yang ditandai dengan adanya perasaan malu terhadap diri sendiri, rasa bersalah terhadap diri sendiri, gangguan hubungan sosial, merendahkan martabat, percaya diri kurang, dan juga dapat mencederai diri (Carpenito, L.J, 1998:352). Konflik antara kesuksesan dan perjuangan untuk meraih kesuksesan itu sendiri terus berjalan dan penarikan diri dari realitas diikuti penarikan diri dari keterlibatan secara emosional dengan lingkungannya yang menimbulkan kesulitan. Semakin klien menjauhi kenyataan semakin kesulitan yang timbul dalam mengembangkan hubungan dengan orang lain. **Tanda dan gejala**: Kurang spontan, Apatis (acuh tak acuh terhadap lingkungan), Ekspresi wajah kurang berseri (ekspresi sedih), Afek tumpul, Tidak merawat dan memperhatikan kebersihan diri, Komunikasi verbal menurun atau tidak ada, Klien tidak bercakap-cakap dengan klien lain/perawat, Mengisolasi diri (menyendiri), Tidak atau kurang sadar dengan lingkungan sekitarnya, Pemasukan makan dan minuman terganggu, Retensi urin dan feses, Aktivitas menurun, Kurang energy, Harga diri rendah, Posisi janin pada saat tidur, Menolak berhubungan dengan orang lain.

**Faktor predisposisi** (pendukung) terjadi gangguan hubungan sosial yaitu: **Faktor perkembangan**, Kemampuan membina hubungan yang sehat tergantung dari pengalaman selama proses tumbuh kembang. Setiap tahap tumbuh kembang memiliki tugas yang harus dilalui individu dengan sukses, karena apabila tugas perkembangan ini tidak dapat dipenuhi akan menghambat masa perkembangan selanjutnya. Kurangnya stimulasi, kasih sayang, perhatian, dan kehangatan dari orang tua/pengasuh akan memberikan rasa tidak aman yang dapat menghambat terbentuknya rasa tidak percaya. **Faktor biologis**, Genetik merupakan salah satu faktor pendukung gangguan jiwa. Kelainan struktur otak, seperti atrofi, pembesaran ventrikel, penurunan berat dan volume otak serta perubahan limbik diduga dapat menyebabkan skizofrenia. **Faktor sosial budaya**, Faktor sosial budaya dapat menjadi faktor pendukung terjadinya gangguan dalam membina hubungan dengan orang lain, misalnya anggota keluarga yang tidak produktif diasingkan dari orang lain (lingkungan sosialnya). **Stressor Presipitasi**: **Stressor sosial budaya**, Stressor sosial budaya dapat menyebabkan terjadinya gangguan dalam membina hubungan dengan orang lain, misalnya anggota keluarga yang labil, yang dirawat di rumah sakit. **Stressor psikologis**, Tingkat kecemasan yang berat akan menyebabkan menurunnya kemampuan individu untuk berhubungan dengan orang lain. Intensitas kecemasan yang ekstrim dan memanjang disertai terbatasnya kemampuan individu untuk mengatasi masalah diyakini akan menimbulkan berbagai masalah gangguan berhubungan (menarik diri).

Mekanisme koping digunakan klien sebagai usaha untuk mengatasi kecemasan yang merupakan suatu kesepian nyata yang mengancam dirinya. Mekanisme koping yang sering digunakan pada menarik diri adalah regresi, represi dan isolasi. Masalah Keperawatan: Resiko perubahan persepsi sensori: Halusinasi, gangguan Hubungan sosial: menarik diri, dan gangguan konsep diri: Harga diri rendah.



## SOAL LATIHAN

### Kasus 1 (untuk soal nomer 15 s/d 20)

Klien "T" dibawa keRSJ karena ngamuk-ngamuk dan memukul ibunya. Berdasarkan hasil pengkajian perawat awalnya saat kecil ia ingin bisa melanjutkan sampai keperguruan tinggi tapi tidak punya biaya. Klien memiliki self ideal tinggi tapi tidak mampu menerima realitas, tidak mampu berkonsentrasi dan membuat keputusan, merasa tidak berguna dan tergantung dengan orang tuannya. Data keluarga menunjukkan sejak kecil ia sering menerima komentar-komentar negative, merendahkan, menyalahkan anak, kadang muncul rasa curiga berlebihan. Selama di RSJ, klien terlihat sering menyendiri, lesu, tidak bergairah dan malas beraktivitas. Klien jarang terlihat berkumpul dengan teman-temannya. Saat berinteraksi dengan perawat afek pasien terlihat datar dan sering menundukkan mata.

1. Pengertian isolasi sosial yang tidak tepat adalah...
  - a. Keadaan dimana individu tidak mampu berinteraksi dengan orang lain
  - b. Klien menghindari interaksi dengan orang lain
  - c. Klien cenderung mandiri
  - d. Gangguan hubungan interpersonal yang terjadi akibat kepribadian tidak fleksibel
  - e. Merasa kehilangan hubungan akrab dan tidak mempunyai kesempatan untuk berbagi rasa
2. Berdasarkan hasil pengkajian self ideal klien tinggi dan tidak mampu menerima realitas, hal ini termasuk penyebab faktor...
  - a. Pola asuh keluarga
  - b. Gangguan tugas perkembangan
  - c. Stressor eksternal
  - d. Koping individu inepektif
  - e. Stressor internal
3. Komentar-komentar negative, merendahkan, menyalahkan anak termasuk penyebab factor...
  - a. Pola asuh keluarga
  - b. Gangguan tugas perkembangan
  - c. Stressor eksternal
  - d. Koping individu inepektif
  - e. Stressor internal
4. Pada pengkajian aktivitas motorik didapatkan data dari hasil observasi perawat/keluarga yaitu lesu, tidak bergairah, dan malas aktivitas. Maka masalah keperawatan yang muncul adalah...
  - a. Defisit perawatan diri
  - b. Resiko cedera
  - c. Defisit aktivitas diversional
  - d. Gangguan proses pikir
  - e. Ketidakberdayaan

5. Diagnosa keperawatan utama untuk kasus diatas adalah...
  - a. Isolasi sosial : menarik diri b/d harga diri rendah
  - b. Gangguan konsep diri : harga diri rendah b/d respon pasca trauma
  - c. Resiko perubahan persepsi sensori : halusinasi b/d menarik diri
  - d. Intoleransi aktifitas b/d menarik diri
  - e. Defisit aktivitas diversional b/d menarik diri
6. Berdasarkan pohon masalah, dampak paling tinggi dari kasus diatas adalah adalah...
  - a. Resiko mencederai diri, orang lain dan lingkungan
  - b. Resiko perubahan persepsi sensori : halusinasi
  - c. Kerusakan komunikasi verbal
  - d. Gangguan konsep diri : harga diri rendah
  - e. Isolasi sosial : menarik diri
7. Tanda dan gejala yang nampak pada klien dengan gangguan hubungan sosial antara lain kecuali...
  - a. Apatis, ekspresi wajah sedih dan afek tumpul
  - b. Menyendiri, komunikasi kurang atau tidak ada
  - c. Tidak ada kontak mata/sering menunduk, dan kurang mobilitas
  - d. Kadang klien bicara dan tertawa sendiri
  - e. Berdiam diri dikamar dan posisi janin pada saat tidur
8. Dibawah ini merupakan lingkup pengkajian pada pasien isolasi sosial...
  1. Siapa orang terdekat/berarti
  2. Hambatan dalam berhubungan dengan orang lain
  3. Peran serta dalam kegiatan kelompok/masyarakat
  4. Peran serta dalam kegiatan diruangan
9. Di bawah ini merupakan proses terjadinya masalah isolasi sosial...
 

1. <i>Pattern of parenting</i>	3. <i>Inefektive coping</i>
2. <i>Lack of development taks</i>	4. <i>Stressor internal</i>
10. Perilaku isolasi sosial yang dialami klien dengan gangguan jiwa mungkin dianggap sebagai perilaku yang normal. Tindakan yang dilakukan untuk membantu klien menyadari perilaku isolasi sosial tersebut adalah sebagai berikut, kecuali...
  - a. Mengkaji kebiasaan berinteraksi klien dengan orang lain
  - b. Mendiskusikan penyebab klien tidak ingin berinteraksi dengan orang lain
  - c. Mendiskusikan keuntungan bila klien memiliki banyak teman dan bergaul akrab dengan mereka
  - d. Mendiskusikan kerugian bila klien hanya mengurung diri dan tidak bergaul dengan orang lain
  - e. Menjelaskan cara berinteraksi dengan orang lain

11. Berikut merupakan tindakan perawat dalam membantu pasien berinteraksi...
  1. Memberikan contoh cara berinteraksi dengan orang lain
  2. Memberi kesempatan klien mempraktekan cara berinteraksi di hadapan perawat
  3. Membantu klien berinteraksi dengan satu orang
  4. Menjelaskan pengaruh interaksi sosial terhadap kesehatan fisik
12. Klien dapat menyebutkan penyebab menarik diri adalah tindakan keperawatan pada klien isolasi social dalam TUK...
 

a. I	c. III	e. V
b. II	d. IV	

#### DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L.J, 1998. Buku Saku Diagnosa keperawatan (terjemahan), Edisi 8, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Davidson, Gerald C., John M. Neale, & Ann M. Kring., 2004. *Abnormal Psychology* (9th edition). US: John Wiley & Sons, Inc.
- DepKes RI, 1989. Petunjuk Teknik Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Skizofrenia, Direktorat Kesehatan Jiwa, Jakarta.
- Depkes RI, 1996, Direktorat Jendral Pelayanan Medik Direktorat Pelayanan Keperawatan, 2000, Keperawatan Jiwa Teori dan Tindakan, Jakarta.
- Depkes RI, 1996, *Proses Keperawatan Jiwa*, jilid I. Direktorat Kesehatan Jiwa, Jakarta.
- Friedman, Marilyn M. 1998. *Praktik Keperawatan Keluarga: Teori, Pengkajian, Diagnosa, dan Intervensi*. Toronto: Appleton&Lange.
- Herdman, T. Heather. 2012. *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. EGC. Jakarta
- Hershenson, David B.; Power, Paul W.; & Waldo, Michael. 1996. *Community Counseling. Contemporer Theory and Practice*. Massachusetts, A Simon & Scuster Company.
- Iyer, P.W., *et al.*, 1996. *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Keliat Budi Anna, 1996, Marah Akibat Penyakit yang Diderita, penerbit buku kedokteran EGC; Jakarta.
- Keliat Budi Anna, 2002, Asuhan Keperawatan Perilaku Kekerasan, FIK, UI : Jakarta.
- Keliat Budi Anna, dkk, 1998, Pusat Keperawatan Kesehatan Jiwa, penerbit buku kedokteran EGC; Jakarta.
- Keliat, B.A, 1994. Seri Keperawatan Gangguan Konsep Diri, Cetakan II, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.

- Keliat, BA dan Akemat. 2009. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*, EGC; Jakarta
- Maramis, W.F., 2006. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Ed. 9 Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim R. (Ed.), 2001. *Buku Saku Diagnostics Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas dari PPDGJ III*. Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya. Jakarta.
- Perez, Joseph F. 1979. *Family Counseling: Theory and Practice*. New York, Van Nostrand, Co.
- Rasmun. 2001. *Keperawatan Kesehatan Mental Psikiatri Terintegrasi Dengan Keluarga*, Edisi 1, CV. Agung Seto; Jakarta.
- Stuart G.W, and Sundeen S.J., 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, St Louis: Mosby Year Book
- Stuart, G.W & Sundeen, S.J, 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa* (terjemahan). Edisi 3, EGC, Jakarta.
- Stuart, G.W, and Laraia., 2005. *Principles and practice of psychiatric nursing*, 8ed. Elsevier Mosby, Philadelphia
- Stuart, G.W, and Sundeen, S.J, 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, edisi 3, Penerbit : Buku Kedokteran EGC ; Jakarta.
- Townsend, M.C, 1998. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan Pada Keperawatan Psikiatri* (terjemahan), Edisi 3, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta
- Yosef, Iyus. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Penerbit; PT Refika Aditama, Bandung.



**BAB 6**  
**ASUHAN KEPERAWATAN JIWA GANGGUAN**  
**ALAM PERASAAN (*MOOD*)**

<b>STANDAR KOMPETENSI</b>	: Mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa gangguan alam perasaan yang sesuai dengan konsep dasar meliputi: definisi, tanda dan gejala, diagnostik, teori psikologis, terapi, rentang respon, faktor yang mempengaruhi, tipe-tipe gangguan alam perasaan, dan asuhan keperawatan jiwa gangguan alam perasaan, yang terdiri dari 5 tahap proses asuhan keperawatan.
<b>KOMPETENSI DASAR</b>	: Mengidentifikasi Asuhan Keperawatan Jiwa Gangguan Alam Perasaan
<b>INDIKATOR</b>	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa dapat menyebutkan definisi gangguan alam perasaan (C1, A1)</li> <li>2. Mahasiswa dapat menyebutkan tanda dan gejala gangguan alam perasaan (C1, A1)</li> <li>3. Mahasiswa dapat menyebutkan diagnostik gangguan alam perasaan (C1, A1)</li> <li>4. Mahasiswa dapat menyebutkan teori psikologis gangguan alam perasaan (C1, A1)</li> <li>5. Mahasiswa dapat menyebutkan terapi gangguan alam perasaan (C1, A1)</li> <li>6. Mahasiswa dapat menyebutkan rentang respon gangguan alam perasaan (C1, A1)</li> <li>7. Mahasiswa dapat menjelaskan faktor yang mempengaruhi gangguan alam perasaan (C2, A2)</li> <li>8. Mahasiswa dapat menjelaskan tipe-tipe gangguan alam perasaan (C2, A2)</li> <li>9. Mahasiswa dapat menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien dengan mania dan depresi yang sesuai dengan prinsip 5 tahap proses asuhan keperawatan: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (C2, A2)</li> <li>10. Mahasiswa dapat menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah ketidakberdayaan yang sesuai dengan prinsip 5 tahap proses asuhan keperawatan: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (C2, A2)</li> <li>11. Mahasiswa dapat menjelaskan asuhan keperawatan pada pasien dengan peningkatan mobilitas fisik, yang sesuai dengan prinsip 5 tahap proses asuhan keperawatan: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (C2, A2)</li> </ol>
<b>MATERI POKOK</b>	: <b>PROSES ASUHAN KEPERAWATAN JIWA GANGGUAN ALAM PERASAAN (<i>MOOD</i>)</b>

## **BAB 6**

### **ASUHAN KEPERAWATAN JIWA GANGGUAN ALAM PERASAAN (*MOOD*)**

#### **A. KONSEP DASAR ASUHAN KEPERAWATAN JIWA GANGGUAN ALAM PERASAAN (*MOOD*)**

Konsep dasar asuhan keperawatan jiwa gangguan alam perasaan yang sesuai dengan konsep dasar gangguan alam perasaan meliputi: definisi, tanda dan gejala, diagnostik, teori-teori psikologis, terapi, rentang respon, faktor yang mempengaruhi, tipe-tipe gangguan alam perasaan. Mari kita belajar bersama konsep dasar gangguan alam perasaan.

##### **1. DEFINISI**

*Mood* didefinisikan sebagai “alam perasaan” atau “suasana perasaan” yang bersifat internal. Ekspresi eksternal dari *mood* disebut afek, atau “*eksternal display*”. Sejak lama dalam literatur psikiatri *mood* yang terganggu disebut gangguan afektif. Tapi kurang lebih dalam 5 tahun terakhir, gangguan afektif ini diubah namanya dengan gangguan *mood*, yang paling utama dalam gangguan *mood* ini adalah *mood* yang menurun atau tertekan yang disebut depresi, dan *mood* yang meningkat atau ekspansif yang disebut mania (manik). Baik *mood* yang menurun atau terdepresi dan *mood* yang meningkat bersifat *gradual*, suatu kontinum dari keadaan normal ke bentuk yang jelas-jelas patologik. Pada beberapa individu gejala-gejalanya bisa disertai dengan ciri psikotik. Gejala-gejala ringan dapat berupa peningkatan dari kesedihan atau elasi normal sedang gejala-gejala berat dikaitkan dengan sindrom gangguan *mood* yang terlihat berbeda secara kualitatif dari proses normal dan membutuhkan terapi spesifik. Depresi merupakan suatu sindrom yang ditandai dengan sejumlah gejala klinik yang manifestasinya bisa berbeda pada masing-masing individu (Davison, Neale, & Kring, 2004).

Faktor-faktor yang diduga berperan pada terjadinya gangguan *mood* ini, yaitu peristiwa-peristiwa kehidupan yang berakibat stressor (problem keuangan, perkawinan, pekerjaan, dll), faktor kepribadian, genetik, dan biologik lain seperti

gangguan hormon, keseimbangan neurotransmitter, biogenik, dan imunologik. Dengan demikian gangguan alam perasaan atau *mood* didefinisikan sebagai berikut (Davison, Neale, & Kring, 2004):

1. Alam perasaan (*mood*) adalah keadaan emosional yang berkepanjangan yang mempengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan seseorang.
2. Gangguan alam perasaan adalah gangguan emosional yang disertai gejala mania atau depresi.
3. Definisi lain mengatakan bahwa depresi merupakan suatu gangguan suasana perasaan (*mood*) yang menahun mencakup terdapatnya gangguan alam perasaan yang depressif (tertekan), hilangnya minat atau rasa senang dalam semua segi kegiatan kehidupan, termasuk lenyapnya semangat melakukan semua aktifitas yang disenangi dalam waktu senggangnya.
4. Kondisi gangguan ini bisa berlangsung selama beberapa hari sampai minggu.

## **2. TANDA DAN GEJALA**

**Tanda dan Gejala Depresi,** Depresi adalah keadaan emosional yang ditandai kesedihan yang sangat, perasaan bersalah dan tidak berharga, menarik diri dari orang lain, kehilangan minat untuk tidur, seks, serta hal-hal menyenangkan lainnya. Orang yang depresi mungkin: 1) Sulit konsentrasi, bicaranya pelan, kata-kata monoton, suara pelan, 2) Memilih untuk sendirian dan berdiam diri atau justru tidak bisa diam, 3) Sulit menemukan solusi permasalahan. Tanda dan gejala depresi mungkin bervariasi bergantung usia, anak-anak yang depresi seringkali menunjukkan keluhan somatis, seperti sakit perut atau sakit kepala, sedangkan orang dewasa yang depresi seringkali mudah lupa dan mudah terdistraksi (Davison, Neale, & Kring, 2004). **Tanda dan Gejala Mania,** Mania adalah keadaan emosi/mood yang meningkat, sangat gembira tanpa alasan yang jelas, seringkali diiringi hiperaktivitas, cerewet, *flight of ideas* (perasaan subyektif bahwa pikiran seperti berlomba), tidak praktis, mudah terdistraksi, serta meningkatnya kepercayaan diri atau ide kebesaran. Episode mania biasanya berlangsung beberapa hari atau bulan. Simtom mania antara lain: tiba-tiba teriak, kadang sangat humoris, sering kaget dengan benda-benda dan kejadian di sekelilingnya (Davison, Neale, & Kring, 2004).



### **3. DIAGNOSTIK GANGGUAN MOOD**

#### **A. Diagnosis Depresi (Depresi Mayor/ Unipolar)**

1. Minimal 2 minggu kehilangan minat dan kesenangan dan mood depresif.
2. Minimal muncul 4 diantara simptom additional berikut ini, yaitu: gangguan tidur dan nafsu makan, hilang energi, worthlessness, suicidal thought, dan sulit konsentrasi.
3. Subclinical depression: individu yang simptomnya kurang dari 5, memiliki kesulitan dalam fungsi psikologis mirip
4. Depresi 2-3x lebih sering pada wanita daripada pria; lebih sering terjadi pada golongan ekonomi bawah dan dewasa muda
5. Depresi cenderung muncul berulang 80 % penderita mengalami episode lain (Davison, Neale, & Kring, 2004).

#### **B. Diagnosis Gangguan Bipolar**

1. Gangguan bipolar I: episode mania/campuran, terdapat simptom mania dan depresi. Episode mania disini minimal muncul 3 simptom additional (4 simptom jika mood hanya irritable).
2. Gangguan bipolar lebih jarang muncul daripada depresi mayor
3. Rata-rata onset: umur 20an, seimbang antara pria dan wanita
4. Banyak penderita dengan gejala heterogen, tapi dikelompokkan pada diagnosis yang sama.
5. Munculnya delusi dapat membedakan penderita depresi unipolar tidak reaktif terhadap terapi obat-obatan biasa, kecuali dikombinasikan dengan terapi psikotik.
6. Sejumlah pasien depresi mengalami fitur melankolis (tidak bahagia/ senang meski terjadi peristiwa menggembirakan, bangun tidur 2 jam lebih cepat, cemas berlebihan) reaktif terhadap terapi biologis.
7. Episode manik dan depresif mungkin ditandai fitur katatonik (gangguan motorik yang ditandai dengan aktifitas tidak bertujuan).
8. Gangguan bipolar dan unipolar mungkin sifatnya musiman bila pasien secara teratur mengalaminya (Davison, Neale, & Kring, 2004).



### **GANGGUAN MOOD yang lainnya :**

1. **Gangguan Mood Kronik**, Jangka panjang, minimal 2 tahun, belum cukup mengganggu fungsi sosial dan pekerjaan. Ada 2 jenis:
  - a. **Gangguan cyclothymic**, Periode depresi dan hipomania berulang. Selama depresi pasien merasa inadkuat, selama hipomania self esteem meningkat. Menarik diri, tidur terlalu sering atau terlalu sebentar, sulit konsentrasi, dan jarang berbicara.
  - b. **Gangguan dysthymic**, Depresi kronis, feeling blue, sedikit sekali merasa senang, insomnia atau justru terlalu banyak tidur, tidak efektif, letih, pesimis, sulit konsentrasi, dan berpikir jernih, menghindari bersama-sama dengan orang lain. Pasien distimia mengalami 3 atau lebih sintom additional, meliputi mood depresif tapi bukan suicidal thought. Minimal berlangsung selama 2 bulan.
2. **Gangguan Mood dan Kreativitas**, Sejumlah artis, komposer, dan penulis yang pernah mengalami gangguan mood adalah impulsif, seperti Michael Angelo, van Gogh, Schumann, dll. Mungkin keadaan manic memicu kreativitas terkait adanya peningkatan mood, energi, pikiran yang muncul tiba-tiba, dan kemampuan menghubungkan ide.
3. **Gangguan Mood dan Depresi**, Individu yang depresi lebih sedikit menunjukkan ekspresi wajah positif dan mengalami emosi menyenangkan. Gangguan kecemasan biasanya muncul bersamaan dengan depresi (Davison, Neale, & Kring, 2004).

### **4. TEORI PSIKOLOGI GANGGUAN MOOD**

#### **1. Teori Psikoanalisis Tentang Depresi**

Menurut Freud (1917/1950) potensi depresi muncul pada awal masa kanak-kanak. Pada fase oral anak mungkin kurang/terlalu terpenuhi kebutuhannya, sehingga ia terfiksasi pada fase ini mengakibatkan individu dependen, *low self esteem*. Hipotesanya adalah, setelah kehilangan orang yang dicintai, ia mengidentifikasi diri dengan orang tersebut seolah untuk mencegah kehilangan. Lama-lama ia malah marah pada dirinya sendiri, merasa bersalah.

## 2. Teori Kognitif Tentang Depresi

**Teori depresi.** Individu menjadi depresi akibat interpretasi negatif yang bias. Pada waktu kecil/remaja muncul skema negatif akibat kejadian-kejadian buruk antara lain ia merasa akan selalu sial/gagal, dipadu dengan bias kognitif muncul triad negatif (pandangan sangat negatif tentang diri, dunia, masa depan). **Teori helplessness/hopelessness**, terdiri dari 3 jenis yaitu :

- a. **Learned helplessness:** kepasifan individu dan perasaan tak berdaya mengontrol hidupnya, didapat dari pengalaman-pengalaman buruk/ trauma, mengarah pada depresi
- b. **Attribution and learned helplessness:** pada situasi dimana individu pernah gagal, ia akan mencoba mengatribusikan penyebab kegagalan. Individu depresi bila mereka mengatribusikan kejadian negatif bersifat stabil dan global. Individu depresi biasanya menunjukkan depressive attributional style yaitu mengatribusikan rasa hasil negatif sebagai personal, global, penyebabnya stabil. Individu akan selalu dibayangi kegagalannya sehingga menurunkan semangat dan motivasi
- c. **Teori hopelessness.** Sejumlah bentuk depresi dianggap sebagai akibat hopelessness yaitu merasa hasil yang diharapkan takkan pernah muncul, individu tak bisa merubah situasi. Kemungkinan muncul akibat self esteem yang rendah, kecenderungan anggapan bahwa kejadian negatif akan mengakibatkan sejumlah hal negatif (Davison, Neale, & Kring, 2004).

## 3. Teori Interpersonal Tentang Depresi

Individu depresi cenderung terbatas jaringan dan dukungan sosialnya mengurangi kemampuan individu mengatasi kejadian negatif, rentan terhadap depresi. Individu depresi berusaha meyakinkan diri bahwa orang lain benar peduli. Namun ketika yakin, rasa puasnya hanya sebentar. Berhubungan dengan konsep diri negatif. Kompetensi sosial yang rendah diperkirakan memunculkan depresi pada anak usia TK. Interpersonal problem solving skill yang rendah dapat meningkatkan depresi pada remaja (Davison, Neale, & Kring, 2004).

## 4. Teori Psikologi Tentang Gangguan Bipolar

Tekanan hidup adalah faktor penting munculnya gangguan bipolar. Dukungan sosial dapat mempercepat penyembuhan simptom depresi, tapi tidak simptom

mania. *Attributional style*, sikap disfungsi, kejadian buruk dapat meningkatkan simptom depresi ataupun mania pasien bipolar. *Self esteem* individu mania mungkin sangat rendah (Davison, Neale, & Kring, 2004).

## **5. Teori Biologi Tentang Gangguan Mood**

**1. Genetic Data,** Penelitian mengenai faktor genetis pada gangguan unipolar dan bipolar melibatkan keluarga dan anak kembar. Hasil penelitian menunjukkan bahwa sekitar 10-15% keluarga dari pasien yang mengalami gangguan bipolar pernah mengalami satu episode gangguan mood (Gherson, 1990, dalam Davison, Neale, & Kring, 2004). Pada gangguan unipolar, meskipun faktor genetis mempengaruhi, namun kurang menentukan dibandingkan gangguan bipolar. Resiko akan meningkat pada keluarga pasien yang memiliki onset muda saat mengalami gangguan. Berdasarkan beberapa data diperoleh bahwa onset awal untuk depresi, munculnya delusi, dan komorbiditas dengan gangguan kecemasan dan alkoholisme meningkatkan resiko pada keluarga (Davison, Neale, & Kring, 2004).

**2. Teori neurobiologik,** Teori biologik memfokuskan pada abnormalitas norepinefrin (NE) dan serotonin (5-HT). Hipotesis katekolamin menyatakan bahwa depresi disebabkan oleh rendahnya kadar NE otak, dan peningkatan NE menyebabkan mania. Pada beberapa pasien kadar MHPG (metabolit utama NE rendah). Hipotesis indolamin menyatakan bahwa rendahnya neurotransmitter serotonin (5-HT) otak menyebabkan depresi dan peningkatan serotonin (5-HT) dapat menyebabkan mania. Hipotesis lain menyatakan bahwa penurunan NE menimbulkan depresi dan peningkatan NE menyebabkan mania, hanya bila kadar serotonin 5-HT rendah. Mekanisme kerja obat antidepresan mendukung teori ini antidepresan klasik trisiklik memblok ambilan kembali (*reuptake*) NE dan 5-HT dan menghambat monoamin oksidase inhibitor mengoksidasi NE. Penelitian terbaru menyatakan bahwa mungkin terdapat hipometabolisme otak di lobus frontalis menyeluruh pada depresi atau beberapa abnormalitas fundamental ritmik sirkadian pada pasien-pasien depresi.

**3. Neurotransmitter dan sinapsis,** Jaringan otak terdiri atas berjuta-juta sel otak yang disebut neuron. Sel ini terdiri atas badan sel, ujung axon dan dendrit. Antara ujung sel neuron satu dengan yang lain terdapat celah yang disebut

celah sinaptik atau sinapsis. Satu neuron menerima berbagai macam informasi yang datang, mengolah atau mengintegrasikan informasi tersebut, lalu mengeluarkan responsnya yang dibawa suatu senyawa neurokimia yang disebut neurotransmitter. Terjadi potensial aksi dalam membran sel neuron yang memungkinkan dilepaskannya molekul neurotransmitter dari axon terminalnya (prasinaptik) ke celah sinaptik lalu ditangkap reseptor di membran sel dendrit dari neuron berikutnya. Terjadilah loncatan listrik dan komunikasi neurokimia antar dua neuron. Pada reseptor bisa terjadi "supersensitivitas" dan "subsensitivitas". Supersensitivitas berarti respon reseptor lebih tinggi dari biasanya, yang menyebabkan neurotransmitter yang ditarik ke celah sinaptik lebih banyak jumlahnya yang berakibat naiknya kadar neurotransmitter di celah sinaptik tersebut. Subsensitivitas reseptor adalah bila terjadi sebaliknya. Bila reseptor di blok oleh obat tertentu maka kemampuannya menerima neurotransmitter akan hilang dan neurotransmitter yang ditarik ke celah sinaptik akan berkurang yang menyebabkan menurunnya kadar (jumlah) neurotransmitter tertentu di celah sinaptik. Suatu kelompok neurotransmitter adalah amin biogenik, yang terdiri atas enam neurotransmitter yaitu dopamin, norepinefrin, epinefrin, serotonin, asetilkolin dan histamin. Dopamin, norepinefrin, dan epinefrin disintesis dari asam amino yang sama, tirosin, dan diklasifikasikan dalam satu kelompok sebagai katekolamin. Serotonin disintesis dari asam amino triptofan dan merupakan satu-satunya indolamin dalam kelompok itu. Serotonin juga dikenal sebagai 5-hidroksitriptamin (5-HT). Selain kelompok amin biogenik, ada neurotransmitter lain dari asam amino. Asam amino dikenal sebagai pembangun blok protein. Dua neurotransmitter utama dari asam amino ini adalah gamma-aminobutyric acid (GABA) dan glutamate. GABA adalah asam amino inhibitor (penghambat), sedang glutamate adalah asam amino eksitator. Kadang cara sederhana untuk melihat kerja otak adalah dengan melihat keseimbangan dari kedua neurotransmitter tersebut. Bila oleh karena suatu hal, misalnya subsensitivitas reseptor-reseptor pada membran sel paskasinaptik, neurotransmitter epinefrin, norepinefrin, serotonin, dopamin menurun kadarnya pada celah sinaptik, terjadilah sindrom depresi. Demikian pula bila terjadi disregulasi asetilkolin



yang menyebabkan menurunnya kadar neurotransmiter asetilkolin di celah sinaptik, terjadilah gejala depresi.

**4. Monoamin dan Depresi.** Penelitian-penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa zat-zat yang menyebabkan berkurangnya monoamin, seperti reserpin, dapat menyebabkan depresi. Akibatnya timbul teori yang menyatakan bahwa berkurangnya ketersediaan neurotransmiter monoamin, terutama NE dan serotonin, dapat menyebabkan depresi. Teori ini diperkuat dengan ditemukannya obat antidepresan trisiklik dan monoamin oksidase inhibitor yang bekerja meningkatkan monoamin di sinap. Peningkatan monoamin dapat memperbaiki depresi.

**5. Serotonin.** Neuron serotonergik berproyeksi dari nukleus rafe dorsalis batang otak ke korteks serebri, hipotalamus, talamus, ganglia basalis, septum, dan hipokampus. Proyeksi ke tempat-tempat ini mendasari keterlibatannya dalam gangguan-gangguan psikiatrik. Ada sekitar 14 reseptor serotonin, 5-HT<sub>1A</sub> dst yang terletak di lokasi yang berbeda di susunan syaraf pusat. Serotonin berfungsi sebagai pengatur tidur, selera makan, dan libido. Sistem serotonin yang berproyeksi ke nukleus suprakiasma hipotalamus berfungsi mengatur ritmik sirkadian (siklus tidur-bangun, temperatur tubuh, dan fungsi axis HPA). Serotonin bersama-sama dengan norepinefrin dan dopamin memfasilitasi gerak motorik yang terarah dan bertujuan. Serotonin menghambat perilaku agresif pada mamalia dan reptilia. Neurotransmiter serotonin terganggu pada depresi. Dari penelitian dengan alat pencitraan otak terdapat penurunan jumlah reseptor pos-sinap 5-HT<sub>1A</sub> dan 5-HT<sub>2A</sub> pada pasien dengan depresi berat. Adanya gangguan serotonin dapat menjadi tanda kerentanan terhadap kekambuhan depresi. Dari penelitian lain dilaporkan bahwa respon serotonin menurun di daerah prefrontal dan temporoparietal pada penderita depresi yang tidak mendapat pengobatan. Kadar serotonin rendah pada penderita depresi yang agresif dan bunuh diri. Triptofan merupakan prekursor serotonin. Triptofan juga menurun pada pasien depresi. Penurunan kadar triptofan juga dapat menurunkan *mood* pada pasien depresi yang remisi dan individu yang mempunyai riwayat keluarga menderita depresi. Memori, atensi, dan fungsi eksekutif juga dipengaruhi oleh kekurangan triptofan. Neurotisme dikatakan

dengan gangguan *mood*, tapi tidak melalui serotonin. Ia dikaitkan dengan fungsi kognitif yang terjadi sekunder akibat berkurangnya triptofan. Hasil metabolisme serotonin adalah 5-HIAA (*hidroxyindolaceticacid*). Terdapat penurunan 5-HIAA di cairan serebrospinal pada penderita depresi. Penurunan ini sering terjadi pada penderita depresi dengan usaha-usaha bunuh diri. Penurunan serotonin pada depresi juga dilihat dari penelitian EEG tidur dan HPA aksis. Hipofontalitas aliran darah otak dan penurunan metabolisme glukosa otak sesuai dengan penurunan serotonin. Pada penderita depresi mayor didapatkan penumpukan respon serotonin prefrontal dan temporoparietal. Ini menunjukkan bahwa adanya gangguan serotonin pada depresi.

6. **Noradrenergik**, Badan sel neuron adrenergik yang menghasilkan norepinefrin terletak di *locus ceruleus*(LC) batang otak dan berproyeksi ke korteks serebri, sistem limbik, basal ganglia, hipotalamus dan talamus. Ia berperan dalam mulai dan mempertahankan keterjagaan (proyeksi ke limbiks dan korteks). Proyeksi noradrenergik ke hipokampus terlibat dalam sensitisasi perilaku terhadap stressor dan pemanjangan aktivasi *locus ceruleus* dan juga berkontribusi terhadap rasa ketidakberdayaan yang dipelajari. *Locus ceruleus* juga tempat neuron-neuron yang berproyeksi ke medula adrenal dan sumber utama sekresi norepinefrin ke dalam sirkulasi darah perifer. Stresor akut dapat meningkatkan aktivitas LC. Selama terjadi aktivasi fungsi LC, fungsi vegetatif seperti makan dan tidur menurun. Persepsi terhadap stressor ditangkap oleh korteks yang sesuai dan melalui talamus diteruskan ke LC, selanjutnya ke komponen simpatoadrenal sebagai respon terhadap stressor akut tsb. Proses kognitif dapat memperbesar atau memperkecil respon simpatoadrenal terhadap stressor akut tersebut. Rangsangan terhadap bundel *forebrain* (jaras norepinefrin penting di otak) meningkat pada perilaku yang mencari rasa senang dan perilaku yang bertujuan. Stressor yang menetap dapat menurunkan kadar norepinefrin di *forbrain* medial. Penurunan ini dapat menyebabkan anergia, anhedonia, dan penurunan libido pada depresi. Hasil metabolisme norepinefrin adalah 3-methoxy-4-hydroxyphenilglycol (MHPG). Penurunan aktivitas norepinefrin sentral dapat dilihat berdasarkan penurunan ekskresi MHPG. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa MHPG mengalami defisiensi pada penderita

depresi. Kadar MHPG yang keluar di urin meningkat kadarnya pada penderita depresi yang di ECT (terapi kejang listrik).

**7. Dopamin.** Ada empat jalur dopamin di otak, yaitu *tuberoinfundobulair*, *nigrostriatal*, *mesolimbik*, *mesokorteks-mesolimbik*. Sistem ini berfungsi untuk mengatur motivasi, konsentrasi, memulai aktivitas yang bertujuan, terarah dan kompleks, serta tugas-tugas fungsi eksekutif. Penurunan aktivitas dopamin pada sistem ini dikaitkan dengan gangguan kognitif, motorik, dan anhedonia yang merupakan manifestasi simptom depresi.

**8. Neurotransmitter lain.** Neuron kolinergik mengandung asetilkolin yang terdistribusi difus di korteks serebri dan mempunyai hubungan timbal balik dengan sistem monoamin. Abnormal kadar kolin (*prekursor asetilkolin*) terdapat di otak pasien depresi. Obat yang bersifat agonis kolinergik dapat menyebabkan letargi, anergi, dan retardasi psikomotor pada orang normal. Selain itu, ia juga dapat mengeksaserbasi simptom-simptom depresi dan mengurangi simptom mania. GABA (*gamma-aminobutyric acid*) memiliki efek inhibisi terhadap monoamin, terutama pada sistem mesokorteks dan mesolimbik. Pada penderita depresi terdapat penurunan GABA. Stressor khronik dapat mengurangi kadar GABA dan antidepresor dapat meningkatkan regulasi reseptor GABA. Asam amino glutamat dan glisin merupakan neurotransmitter utama di SSP, yang terdistribusi hampir di seluruh otak. Ada 5 reseptor glutamat, yaitu NMDA, kainat, L-AP4, dan ACPD. Bila berlebihan, glutamat bisa menyebabkan neurotoksik. Obat-obat yang antagonis terhadap NMDA mempunyai efek antidepresan.

**9. HPA aksis (*Hypothalamic-Pituitary-Adrenal*).** Bila pengalaman yang berbentuk stressor dalam kehidupan sehari-hari kita tercatat dalam korteks serebri dan sistem limbik sebagai stresor atau emosi yang mengganggu, bagian dari otak ini akan mengirim pesan ke tubuh. Tubuh meningkatkan kewaspadaan untuk mengatasi stressor tersebut. Target adalah kelenjar adrenal. Adrenal akan mengeluarkan hormon kortisol untuk mempertahankan kehidupan. Kortisol memegang peranan penting dalam mengatur tidur, nafsu makan, fungsi ginjal, sistem imun, dan semua faktor penting kehidupan. Peningkatan aktivitas glukokortikoid (kortisol) merupakan respon utama

terhadap stressor. Kadar kortisol yang meningkat menyebabkan "umpan balik", yaitu hipotalamus menekan sekresi *cortikotropik-releasing hormone (CRH)*, kemudian mengirimkan pesan ini ke hipofisis sehingga hipofisi juga menurunkan produksi *adrenocorticotropin hormon (ACTH)*. Akhirnya pesan ini juga diteruskan kembali ke adrenal untuk mengurangi produksi kortisol. Pengalaman buruk seperti penganiayaan pada masa anak atau penelantaran pada awal perkembangan merupakan faktor yang bermakna untuk terjadinya gangguan *mood* pada masa dewasa. Sistem CRH merupakan sistem yang paling terpengaruh oleh stressor yang dialami seseorang pada awal kehidupannya. Stressor yang berulang menyebabkan peningkatan sekresi CRH, dan penurunan sensitivitas reseptor CRH adenohipofisis. Stressor pada awal masa perkembangan ini dapat menyebabkan perubahan yang menetap pada sistem neurobiologik atau dapat membuat jejak pada sistem syaraf yang berfungsi merespon respon tersebut. Akibatnya, seseorang menjadi rentan terhadap stressor dan resiko terhadap penyakit-penyakit yang berkaitan dengan stressor meningkat, seperti terjadinya depresi setelah dewasa. Stressor pada awal kehidupan seperti perpisahan dengan ibu, pola pengasuhan buruk, menyebabkan hiperaktivitas sistem neuron CRH sepanjang kehidupannya. Selain itu, setelah dewasa, reaktivitas aksis HPA sangat berlebihan terhadap stressor. Adanya faktor genetik yang disertai dengan stressor di awal kehidupan, mengakibatkan hiperaktivitas dan sensitivitas yang menetap pada sistem syaraf. Keadaan ini menjadi dasar kerentanan seseorang terhadap depresi setelah dewasa. Depresi dapat dicetuskan hanya oleh stressor yang derajatnya sangat ringan. Peneliti lain melaporkan bahwa respons sistem otonom dan hipofisis-adrenal terhadap stressor psikososial pada wanita dengan depresi yang mempunyai riwayat penyiksaan fisik dan seksual ketika masa anak lebih tinggi dibanding kontrol. Stressor berat di awal kehidupan menyebabkan kerentanan biologik seseorang terhadap stressor. Kerentanan ini menyebabkan sekresi CRH sangat tinggi bila orang tersebut menghadapi stressor. Sekresi tinggi CRH ini akan berpengaruh pula pada tempat di luar hipotalamus, misalnya di hipokampus. Akibatnya, mekanisme "umpan balik" semakin terganggu. Ini menyebabkan ketidakmampuan kortisol menekan



sekresi CRH sehingga pelepasan CRH semakin tinggi. Hal ini mempermudah seseorang mengalami depresi mayor, bila berhadapan dengan stressor. Peningkatan aktivitas aksis HPA meningkatkan kadar kortisol. Bila peningkatan kadar kortisol berlangsung lama, kerusakan hipokampus dapat terjadi. Kerusakan ini menjadi prediposisi depresi. Simptom gangguan kognitif pada depresi dikaitkan dengan gangguan hipokampus. Hiperaktivitas aksis HPA merupakan penemuan yang hampir selalu konsisten pada gangguan depresi mayor. Gangguan aksis HPA pada depresi dapat ditunjukkan dengan adanya hiperkolesterolemia, resistennya sekresi kortisol terhadap supresi deksametason, tidak adanya respon ACTH terhadap pemberian CRH, dan peningkatan konsentrasi CRH di cairan serebrospinal. Gangguan aksis HPA, pada keadaan depresi, terjadi akibat tidak berfungsinya sistem otheregulasi atau fungsi inhibisi umpan balik. Hal ini dapat diketahui dengan test DST (*dexamethasone suppression test*).

10. **Neurotransmitter pada Mania (Gangguan Bipolar).** Otak menggunakan sejumlah senyawa neurokimia sebagai pembawa pesan untuk komunikasi berbagai bagian di otak dan sistem syaraf. Senyawa neurokimia ini, dikenal sebagai neurotransmitter, sangat esensial bagi semua fungsi otak. Sebagai pembawa pesan, mereka datang dari satu tempat dan pergi ke tempat lain untuk menyampaikan pesan-pesannya. Bila satu sel syaraf (neuron) berakhir, di dekatnya ada neuron lainnya. Satu neuron mengirimkan pesan dengan mengeluarkan neurotransmitter menuju ke dendrit neuron di dekatnya melalui celah sinaptik, ditangkap reseptor-reseptor pada celah sinaptik tersebut. Neurotransmitter yang berpengaruh pada terjadinya gangguan bipolar adalah *dopamin, norepinefrin, serotonin, GABA, glutamat dan asetilkolin*. Selain itu, penelitian juga menunjukkan adanya kelompok neurotransmitter lain yang berperan penting pada timbulnya mania, yaitu golongan neuropeptida, termasuk endorfin, somatostatin, vasopresin dan oksitosin. Diketahui bahwa neurotransmitter-neurotransmitter ini, dalam beberapa cara, tidak seimbang (*unbalanced*) pada otak individu mania dibanding otak individu normal. Misalnya, GABA diketahui menurun kadarnya dalam darah dan cairan spinal pada pasien mania. Norepinefrin meningkat kadarnya pada celah sinaptik, tapi

dengan serotonin normal. Dopamin juga meningkat kadarnya pada celah sinaptik, menimbulkan hiperaktivitas dan nsgresivitas mania, seperti juga pada skizofrenia. Anti depresan trisiklik dan MAO inhibitor yang meningkatkan epinefrin bisa merangsang timbulnya mania, dan antipsikotik yang mem-blok reseptor dopamin yang menurunkan kadar dopamin bisa memperbaiki mania, seperti juga pada skizofrenia.

**11. Neurochemistry dan Mood Disorders,** Dua neurotransmitter yang berperan dalam gangguan mood adalah norepinephrine dan serotonin. Norepinephrine terkait dengan gangguan bipolar dimana tingkat norepinephrine yang rendah menyebabkan depresi dan tingkat yang tinggi menyebabkan mania. Sedangkan untuk serotonin, tingkatnya yang rendah juga menyebabkan depresi. Terdapat dua kelompok obat untuk depresi, yaitu tricyclics dan monoamine oxidase (MAO) inhibitors. Tricyclics seperti imipramine (tofranil) adalah obat antidepresan yang berfungsi untuk mencegah pengambilan kembali norepinephrine dan serotonin oleh presynaptic neuron setelah sebelumnya dilepaskan, meninggalkan lebih banyak neurotransmitter pada synapse sehingga transmisi pada impuls syaraf berikutnya menjadi lebih mudah. Monoamine oxidase (MAO) inhibitors merupakan obat antidepresan yang dapat meningkatkan serotonin dan norepinephrine. Terdapat pula obat yang dapat secara efektif mengatasi gangguan unipolar, yaitu Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, seperti Prozac. Namun diperlukan penelitian lebih lanjut untuk melihat efek samping dari berbagai obat antidepresan tersebut sehingga peningkatan dari norepinephrine dan serotonin tidak menimbulkan komplikasi lainnya

**12. Sistem Neuroendokrin,** Area limbik di otak berhubungan dengan emosi dan mempengaruhi hipotalamus. Hipotalamus kemudian mengontrol kelenjar endokrin dan tingkat hormon yang dihasilkannya. Hormon yang dihasilkan hipotalamus juga mempengaruhi kelenjar pituitary. Relevansinya terkait dengan simptom vegetatif pada gangguan depresi, seperti gangguan tidur dan rangsangan selera. Berbagai temuan mendukung hal tersebut, bahwa orang yang depresi memiliki tingkat dari cortisol (hormon adrenocortical) yang tinggi, hal itu disebabkan produksi yang berlebih dari pelepasan hormon

rotropin oleh hipotalamus (Garbutt, et al., 1994 dalam Davison, Neale, & Kring, 2004). Produksi yang berlebih dari cortisol pada orang yang depresi juga menyebabkan semakin banyaknya kelenjar adrenal (Rubin et al., 1995, dalam Davison, Neale, & Kring, 2004). Banyaknya cortisol tersebut juga berhubungan dengan kerusakan pada hippocampus dan penelitian juga telah membuktikan bahwa pada orang depresi menunjukkan hippocampus yang tidak normal. Penelitian mengenai Cushing's Syndrome juga dikaitkan dengan tingginya tingkat cortisol pada gangguan depresi.

**13. *An Integrated Theory of Bipolar Disorder*,** Gangguan bipolar merefleksikan adanya gangguan pada sistem motivasional yang disebut dengan behavioral activation system atau BAS. BAS memfasilitasi kemampuan manusia untuk mendekati atau memperoleh reward dari lingkungannya dan ini telah dikaitkan dengan positive emotional states, karakteristik kepribadian seperti ekstrovert, peningkatan energi, dan berkurangnya kebutuhan untuk tidur. Secara biologis, BAS diyakini terkait dengan jalur syaraf dalam otak yang melibatkan dopamine neurotransmitter dan juga terkait dengan perilaku untuk memperoleh reward. Peristiwa kehidupan yang melibatkan pencapaian tujuan atau reward diprediksi meningkatkan simptom mania. Sedangkan peristiwa positif lainnya tidak terkait dengan perubahan pada simptom mania, dan pencapaian tujuan tidak terkait dengan perubahan dalam simptom depresi. Dengan demikian, BAS dan manifestasi perilakunya, yaitu pencapaian tujuan diasosiasikan dengan simptom mania dari gangguan bipolar (Davison, Neale, & Kring, 2004).

## **5. TERAPI GANGGUAN MOOD**

### **A. Terapi Psikologis Depresi adalah:**

**1. Terapi Psikodinamik** disebabkan depresi dianggap berasal dari perasaan akan kehilangan yang kemudian direpres dan juga kemarahan yang secara tidak disadari diarahkan ke diri sendiri, maka terapi psikoanalisis mencoba untuk membantu pasiennya memperoleh insight mengenai konflik yang direpres dan mendorong pelepasan kemarahan yang selama ini diarahkan ke dalam dirinya. Tujuan dari terapi psikoanalisis adalah untuk membuka motivasi tersembunyi



tentang depresi pasien. Pasien seringkali menyalahkan dirinya sendiri atas kurangnya kasih sayang yang diberikan orang tua dan kemudian menginternalisasi keyakinan tersebut. Terapis harus membimbing pasiennya untuk mengkonfrontasi kenyataan dan membantu pasien untuk menyadari rasa bersalah yang tidak berdasar tersebut. Selain itu juga membebaskan pasien dari lingkungan masa kecilnya yang penuh dengan tekanan. Tidak banyak penelitian yang dilakukan untuk mengetahui efektivitas dari terapi psikodinamik ini.

**2. Terapi Cognitive-Behavioral depresi** terjadi karena skema yang negatif dan kesalahan dalam proses berpikir. Terapis mencoba mempersuasi pasien depresi untuk mengubah pandangan tentang dirinya sendiri dan peristiwa. Terapis juga meminta pasien untuk memperhatikan pernyataan pribadinya dan mengidentifikasi semua pola pikirnya yang menyebabkan depresi agar dapat membuat asumsi yang lebih positif serta realistis. Dapat pula dikembangkan metode Ellis's rational emotive dan analisis Beck. Melalui metode tersebut, pasien dapat diminta untuk melakukan hal positif ketika mengalami depresi atau terapis memberikan aktivitas pada pasien yang berkaitan dengan pengalaman akan kesuksesan dan membuat pasien berpikir positif mengenai dirinya sendiri. Dengan demikian pendekatannya adalah melakukan perubahan struktur kognitif dengan cara mempersuasi pasien memperoleh perbedaan dalam berpikir. The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program National Institute of Mental Health (NIMH) melakukan penelitian mengenai terapi kognitif Beck (CT) yang kemudian dibandingkan dengan terapi interpersonal (IPT) dan farmakoterapi, yaitu penggunaan Tofranil (Elkin et al., 1985, dalam Davison, Neale, & Kring, 2004). Pemilihan terapi berdasarkan pada fokus yang sama pada penanganan depresi dan memiliki instruksi yang eksplisit dan terstandarisasi. Hasil menunjukkan bahwa pasien dengan IPT dan CT menyatakan kepuasannya karena melalui terapi tersebut mereka dapat mengembangkan kemampuannya untuk berhubungan dengan orang lain dan menyadari sumber depresi yang dimilikinya dibandingkan dengan pasien dengan farmakoterapi (Blatt, et al., 2000, dalam Davison, Neale, & Kring, 2004).



3. **Mindfulness-Based Cognitive Therapy**, difokuskan pada pencegahan timbulnya kembali gangguan yang biasanya mengikuti keberhasilan treatment pada depresi (Davison, Neale, & Kring, 2004). Gangguan dapat timbul kembali dari pengulangan asosiasi antara mood yang depresi dan pola pikir yang salah selama episode depresi mayor. Berdasarkan hal tersebut, maka jika individu yang mulai membaik merasakan kesedihan kembali, maka mereka akan kembali berpikir dengan cara yang sama dengan pikiran yang digunakan ketika mereka mengalami depresi. Tujuan terapi ini adalah untuk mengajarkan individu agar menyadari bahwa ketika mereka mengalami depresi, maka mereka harus melihatnya sebagai peristiwa mental yang tidak sesuai dengan kenyataan sehingga mereka tidak kembali membentuk pola berpikir yang salah.
4. **Social-skill Training**, difokuskan pada peningkatan interaksi sosial, karena salah satu karakteristik dari depresi adalah kurangnya pengalaman yang memuaskan dengan orang lain.
5. **Behavioral Activation Therapy**. Fokusnya adalah keterlibatan pasien pada perilaku tertentu dan aktivitas-aktivitas yang dapat memberikan penguatan yang positif dan akan membantu untuk mengatasi depresi. Hal tersebut disebabkan secara umum, perilaku yang terlihat dari pasien depresi adalah tidak adanya aktivitas, menarik diri dari berbagai aktivitas atau tidak bersemangat untuk beraktivitas. Selain perubahan pada pola pikir pasien, keterlibatan pasien dalam berbagai kegiatan positif juga menjadi hal yang penting (Davison, Neale, & Kring, 2004).

#### **B. Terapi Psikologis Gangguan Bipolar.**

Intervensi cognitive-behavioral dapat dilakukan dengan target pada pemikiran dan perilaku interpersonal yang buruk pada saat mood mudah berpindah sehingga lebih efektif. Selain itu, pemberian pengetahuan mengenai gangguan bipolar dan treatment-nya juga dapat meningkatkan ketaatan penyembuhan dengan menggunakan lithium, dimana membantu mengurangi mood yang mudah berpindah dan membuat kehidupan pasien lebih stabil (Davison, Neale, & Kring, 2004). Masalah yang timbul adalah pasien cenderung kehilangan insight tentang perilaku mereka yang tidak sesuai dan cenderung merusak. Hal itu membuat

intervensi juga perlu dilakukan pada keluarga dengan mengajarkan mereka tentang gangguan dan bagaimana harus memperlakukan pasien serta menciptakan suasana yang mendukung kesembuhan pasien. Dapat pula dilakukan family-focused treatment (FFT), yaitu pemberian pengetahuan pada keluarga mengenai gangguan, meningkatkan komunikasi dalam keluarga, dan melatih kemampuan untuk menyelesaikan masalah (Miklowitz, 2001; Miklowitz & Goldstein, 1997, dalam Davison, Neale, & Kring, 2004). Kombinasi antara terapi obat dan terapi ini lebih efektif dibandingkan menggunakan terapi obat saja.

### **C. Terapi Biologis Gangguan Mood adalah:**

**1. Electroconvulsive therapy (ECT),** Meskipun masih kontroversial, ECT yang dikemukakan oleh Cerletti dan Bini dianggap merupakan pengobatan yang paling optimal untuk depresi yang parah. Elektroda dengan kekuatan antara 70-130 volt diletakkan pada setiap sisi kepala memungkinkan untuk melewati kedua hemisfer otak, metode ini adalah bilateral ECT. Namun, saat ini lebih sering diletakkan pada satu hemisfer saja (kiri) untuk mengurangi efek samping pada kognisi, seperti hilangnya memori. Dulu, pasien melalui ECT dalam keadaan sadar sehingga terkadang dapat menimbulkan tulang patah. Saat ini, pasien diberikan bius singkat dan suntikan relaksasi otot sebelum dilakukan ECT. Mekanisme kerja dari ECT tidak diketahui. Secara umum, ECT mengurangi aktivitas metabolisme dan sirkulasi darah ke otak. Biasanya dilakukan setelah terapi lainnya mengalami kegagalan.

**2. Drug therapy,** Umumnya, obat-obatan lebih sering digunakan untuk mengatasi gangguan mood. Namun tidak dapat diterapkan pada setiap pasien dan efek samping yang ditimbulkan biasanya serius.

#### **Terapi Obat-obat utama untuk depresi adalah**

1. Tricyclics, seperti imipramine (Tofranil), dan amitriptyline (Elavil).
2. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRIs), seperti fluoxetine (Prozac) dan sertraline (Zoloft).
3. Monoamine oxidase (MAO) inhibitors, seperti tranylcypromine (Parnate).

Dari ketiga jenis obat tersebut, MAO inhibitors memiliki efek samping yang paling besar sehingga yang paling banyak digunakan adalah dua jenis obat yang lainnya. Penggunaan obat antidepresan ini biasanya juga dikombinasikan





<b>Reaksi kehilangan yang wajar</b>	merupakan posisi rentang yang normal dialami oleh individu yang mengalami kehilangan. Pada rentang ini individu menghadapi realita dari kehilangan dan mengalami proses kehilangan, misalnya bersedih, berfokus pada diri sendiri, berhenti melakukan kegiatan sehari-hari. Reaksi kehilangan tersebut tidak berlangsung lama.
<b>Supresi</b>	merupakan tahap awal respons emosional yang maladaptif, individu menyangkal, menekan atau menginternalisasi semua aspek perasaannya terhadap lingkungan.
<b>Reaksi berduka yang memanjang</b>	merupakan penyangkalan yang menetap dan memanjang, tetapi tidak tampak reaksi emosional terhadap kehilangan. Reaksi berduka yang memanjang ini dapat terjadi beberapa tahun.
<b>Mania/Depresi</b>	merupakan respons emosional yang berat dan dapat dikenal melalui intensitas dan pengaruhnya terhadap fisik individu dan fungsi sosial.
<b>Mania</b>	<b>Mania</b> adalah suatu gangguan alam perasaan yang ditandai dengan adanya alam perasaan yang meningkat, meluas atau keadaan emosional yang mudah tersinggung dan terangsang. Kondisi ini dapat diiringi dengan perilaku berupa peningkatan kegiatan, banyak bicara, ide-ide yang meloncat, senda gurau, tertawa berlebihan, penyimpangan seksual.
<b>Depresi</b>	<b>Depresi</b> adalah suatu gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih dan berduka yang berlebihan dan berkepanjangan. Perbedaan antara grieving dan dying; 1. Berduka (grieving) merupakan reaksi emosional terhadap kehilangan. 2. Sekarat (dying) merupakan kondisi pasien yang sedang menghadapi kematian, yang memiliki berbagai hal dan harapan tertentu untuk meninggal.

## 7. FAKTOR PREDISPOSISI & PRESIPITASI

Faktor yang mempengaruhi gangguan alam perasaan meliputi faktor predisposisi dan faktor presipitasi yang terdiri dari (Yosep, 2007):

<b>A. Faktor Predisposisi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor genetik, mengemukakan transmisi gangguan alam perasaan diteruskan melalui garis keturunan. Frekuensi gangguan alam perasaan meningkat pada kembar monozygote daripada dizygote.</li> <li>2. Teori agresi berbalik pada diri sendiri mengemukakan bahwa depresi diakibatkan oleh</li> </ol>
-------------------------------	---



	<p>perasaan marah yang dialihkan pada diri sendiri. Freud mengatakan bahwa kehilangan obyek/orang, ambivalen antara perasaan benci dan cinta dapat berbalik menjadi perasaan yang menyalahkan diri sendiri.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Teori kehilangan. Berhubungan dengan faktor perkembangan; misalnya kehilangan orang tua pada masa anak, perpisahan yang bersifat traumatis dengan orang yang sangat dicintai. Individu tidak berdaya mengatasi kehilangan.</li> <li>4. Teori kepribadian mengemukakan bahwa tipe kepribadian tertentu menyebabkan seseorang mengalami depresi atau mania.</li> <li>5. Teori kognitif mengemukakan bahwa depresi merupakan masalah kognitif yang dipengaruhi oleh penilaian negatif terhadap diri sendiri, lingkungan dan masa depan.</li> <li>6. Model belajar ketidakberdayaan mengemukakan bahwa depresi dimulai dari kehilangan kendali diri, lalu menjadi pasif dan tidak mampu menghadapi masalah. Kemudian individu timbul keyakinan ketidakmampuannya mengendalikan kehidupan sehingga ia tidak berupaya mengembangkan respons yang adaptif.</li> <li>7. Model perilaku mengemukakan bahwa depresi terjadi karena kurangnya pujian (reinforcement) positif selama berinteraksi dengan lingkungan.</li> <li>8. Model biologis mengemukakan bahwa pada keadaan depresi terjadi perubahan kimiawi, yaitu defisiensi katekolamin, tidak berfungsinya endokrin dan hipersekresi kortisol.</li> </ol>
<b>B. Faktor Presipitasi</b>	<p>Stresor yang dapat menyebabkan gangguan alam perasaan meliputi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faktor biologis meliputi perubahan fisiologis yang disebabkan oleh obat-obatan atau berbagai penyakit fisik seperti infeksi, neoplasma dan ketidakseimbangan metabolisme.</li> <li>2. Faktor psikologis meliputi kehilangan kasih sayang, termasuk kehilangan cinta, seseorang dan kehilangan harga diri.</li> <li>3. Faktor sosial budaya meliputi kehilangan peran, perceraian, kehilangan pekerjaan.</li> </ol>

## 8. TIPE GANGGUAN ALAM PERASAAN

Secara garis besar, tipe gangguan dapat diklasifikasikan menjadi mood episode, depressive disorder, dan bipolar disorders (Yosep, 2007).

### 1. Mood Episode

a. *Mayor depressive episode*, pada tipe ini, terdapat 5 atau lebih gejala-gejala yang ditampilkan selama periode 2 minggu dan menampilkan perubahan fungsi sebelumnya. Adapun tanda-tanda secara lengkap adalah;

1. Perasaan depresif lebih banyak dalam sehari, hampir setiap hari yang diindikasikan berdasarkan data subjektif atau hasil observasi.
2. Menurunnya secara nyata minat terhadap kesenangan, hampir semua aktivitas dalam sehari atau hampir setiap hari.
3. Kehilangan berat badan yang berarti meskipun tidak diet.
4. Kesulitan tidur (insomnia)
5. Terjadi peningkatan aktivitas psikomotor atau perlambatan motorik hampir setiap hari.
6. Kelelahan atau kehilangan energi hampir setiap hari.
7. Perasaan-perasaan tidak berharga atau berlebihan atau perasaan berdosa yang berlebihan hampir setiap hari.
8. Berkurangnya kemampuan untuk berpikir atau konsentrasi, atau perasaan ragu-ragu hampir setiap hari terus-menerus berpikir tentang kematian, berulangnya ide-ide untuk bunuh diri.

b. *Manic Episode*, Pada tipe ini, ditandai dengan periode agungguan yang nyata dan peningkatan secara menetap, mood mudah terangsang selama 1 minggu. Selama periode gangguan, 3 atau lebih gejala berikut telah menetap dan telah nampak dalam tingkat yang berarti:

1. Melambungnya harga diri
2. Menurunnya kebutuhan untuk tidur
3. Lebih banyak bicara dibanding biasanya
4. Flight of ideas
5. Perhatian yang mudah teralih
6. Peningkatan perilaku

7. Keterlibatan yang berlebihan dalam aktivitas yang menyenangkan yang berpotensi untuk mengakibatkan cedera (Yosep, 2007).

## **2. Depressive disorders**

- a. **Major Depressive Disorders**, Dapat berupa episode berulang atau episode tunggal. Hal ini dapat juga memiliki gambaran khusus seperti adanya penampilan diam melamun (catatonic) atau melankolik atau menyertai kejadian postpartum.
- b. **Dysthymic disorder**, Dikenal dengan Depresi Neurosis, yang ditandai dengan mood yang terdepresi dalam sebagian besar hari (Davison, Neale, & Kring, 2004).

## **3. Bipolar Disorders**

- a) **Bipolar Disorders**, klien dengan tipe bipolar mendemonstrasikan kekuatan, meluap-luap dan menggambarkan siklus irama mood. Bentuk yang ditemukan dalam tipe gangguan mental ini adalah kapanpun mengalami keadaan meluap-luap selama waktu satu minggu atau satu bulan.
- b) **Cyclothymic Disorders**, Individu dengan kelainan ini cenderung untuk mengalami irama mood diantara keriangian dan depresif (Davison, Neale, & Kring, 2004).

## **B. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN MANIA DAN DEPRESI**

Perilaku yang berhubungan dengan mania bervariasi. Gambaran utama dari mania adalah perbedaan intensitas psikofisiologikal yang tinggi. Pada keadaan depresi kesedihan dan kelambanan dapat menonjol atau dapat terjadi agitasi (Yosep, 2007).

### **1. Pengkajian**

Pengkajian dilakukan dengan cara mengidentifikasi faktor predisposisi, presipitasi, dan perubahan perilaku serta mekanisme koping yang digunakan klien. Mekanisme koping yang digunakan pada reaksi kehilangan yang memanjang adalah denial dan supresi, hal ini untuk menghindari tekanan yang hebat. Depresi, yaitu perasaan berduka yang belum terselesaikan, mekanisme koping yang digunakan adalah represi, supresi, denial dan disosiasi. Tingkah laku mania

merupakan mekanisme pertahanan terhadap depresi yang diakibatkan dari kurang efektifnya coping dalam menghadapi kehilangan. Perilaku yang berhubungan dengan **mania** (Yosep, 2007), adalah sebagai berikut:

<b>Afektif</b>	Gambaran yang berlebihan (euphoria ) Harga diri meningkat Tahan kritik
<b>Kognitif</b>	Ambisi Mudah terpengaruh Mudah beralih perhatian waham kebesaran Ilusi Flight of ideas Gangguan penilaian
<b>Fisik</b>	Dehidrasi Nutrisi yang tidak adekuat Berkurangnya kebutuhan tidur/istirahat Berat badan menurun
<b>Tingkah laku</b>	Agresif Hiperaktif Aktivitas motorik meningkat Kurang bertanggung jawab Royal Iritatable atau suka berdebat Perawatan diri kurang Tingkah laku seksual yang berlebihan Bicara bertele-tele

Perilaku yang berhubungan dengan **depresi** adalah sebagai berikut;

<b>Afektif</b>	Sedih, Cemas, apatis, murung Kebencian, kekesalan, marah Perasaan ditolak, perasaan bersalah Merasa tak berdaya, putus asa Merasa sendirian Merasa rendah diri Merasa tak berharga
<b>Kognitif</b>	Ambivalensi, bingung, ragu – ragu Tidak mampu konsentrasi Hilang perhatian dan motifasi Menyalahkan diri sendiri Pikiran merusak diri Rasa tidak menentu Pesimis



<b>Fisik</b>	Sakit perut, anoreksia, mual, muntah, Gangguan pencernaan, konstipasi, Lemah, lesu, nyeri kepala, pusing, Insomnia, nyeri dada, overakting Perubahan berat badan, gangguan selera makan. Gangguan menstruasi, impoten, Tidak berespon terhadap seksual.
<b>Tingkah laku</b>	Agresif, agitasi, tidak toleran, Gangguan aktifitas Kemunduran psikomotor Menarik diri, isolasi sosial Iritabel (mudah marah, nangis, tersinggung, berkesan-menyedihkan) Kurang spontan Gangguan kebersihan

## 2. Perencanaan

**Tujuan Umum:** Mengajarkan klien untuk berespons emosional yang adaptif dan meningkatkan rasa puas serta kesenangan yang dapat diterima oleh lingkungan (Yosep, 2007).

## 3. Tindakan Keperawatan

### A. Lingkungan

Prioritas utama dalam merawat klien mania dan depresi adalah mencegah terjadinya kecelakaan. Karena klien mania memiliki daya nilai yang rendah, hiperaktif, senang tindakan yang berisiko tinggi, maka klien harus ditempatkan dilingkungan yang aman, yaitu dilantai dasar, perabotan yang dasar, kurangi rangsang dan suasana yang tenang. Sedangkan merawat klien depresi lebih ditujukan pada potensial bunuh diri, karena klien merasa tidak berdaya, tidak berharga dan keputusasaan.

### B. Hubungan Perawat – Klien

Hubungan saling percaya yang terapeutik perlu dibina dan dipertahankan. Bekerja dengan klien depresi perawat harus bersifat hangat, menerima, diam aktif, jujur dan empati. Bicara lambat, sederhana dan beri waktu pada klien untuk berpikir dan menjawab. Berbeda bila bekerja dengan klien mania, perawat harus membuat batasan yang konstruktif, hal ini perlu untuk mengontrol perilaku klien. Kontrol dari lingkungan (perawat, dokter, klien) yang konsisten akan mempercepat kesadaran klien untuk mengontrol perilakunya.

### **C. Afektif**

Kesadaran dan kontrol diri perawat pada dirinya merupakan syarat utama. Merawat klien depresi, perawat harus mempunyai harapan bahwa klien akan lebih baik. Sikap perawat yang menerima klien, hangat, sederhana akan mengekspresikan pengharapan pada klien. Prinsip intervensi afektif adalah menerima dan menenangkan klien bukan menggembirakan atau mengatakan bahwa klien tidak perlu khawatir. Klien didorong untuk mengekspresikan pengalaman yang menyakitkan dan menyedihkan secara verbal, hal ini akan mengurangi intensitas masalah yang dihadapi.

### **D. Kognitif**

Intervensi kognitif bertujuan untuk meningkatkan control diri klien pada tujuan dan perilaku, meningkatkan harga diri dan membantu klien memodifikasi harapan yang negatif. *Cara mengubah pikiran yang negatif:*

1. Identifikasi semua ide, pikiran yang negatif.
2. Identifikasi aspek positif yang dimiliki klien (kemampuan, keberhasilan).
3. Dorong klien menilai kembali persepsi, logika, rasional.
4. Bantu klien mengubah persepsi yang salah/negatif ke persepsi positif, dari tidak realistis ke realistis.
5. Sertakan klien pada aktifitas yang memperlihatkan hasil. Beri penguatan dan pujian akan keberhasilan.

### **E. Perilaku**

Intervensi perilaku bertujuan untuk mengaktifkan klien pada tujuan realistik yaitu dengan memberi tanggung jawab secara bertahap dalam kegiatan di ruangan. Klien depresi berat dengan penurunan motivasi perlu dibuat kegiatan yang terstruktur. Beri penguatan pada kegiatan yang berhasil.

### **F. Sosial**

Tujuan intervensi sosial adalah meningkatkan hubungan sosial, dengan cara sebagai berikut:

- 1) Kaji kemampuan, dukungan dan minat klien.
- 2) Observasi dan kaji sumber dukungan yang ada pada klien.
- 3) Bimbing klien melakukan hubungan interpersonal, dengan role model, dengan role play.

- 4) Beri umpan balik dan penguatan hubungan interpersonal yang positif.
- 5) Dorong klien untuk memulai hubungan sosial yang lebih luas (dengan perawat, klien).

#### **G. Fisiologis**

Intervensi fisiologis bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan klien. Kebutuhan dasar seperti makan, minum, istirahat, kebersihan dan penampilan diri perlu mendapat perhatian perawat. Kewaspadaan perawat dalam memberi asuhan keperawatan kepada klien dengan gangguan alam perasaan yang berat, perawat harus memberikan prioritas yang paling utama terhadap potensial bunuh diri. Perawatan di rumah sakit diperlukan bila ada resiko bunuh diri, yaitu gejala meningkat secara cepat dan support sistem tidak ada atau kurang. Asuhan keperawatan pada keadaan ini untuk melindungi dan menjamin agar klien tidak mencelakakan diri sendiri. Percobaan bunuh diri biasanya terjadi pada saat klien keluar dari fase depresi, klien mempunyai energi dan kesempatan untuk bunuh diri. Klien dalam keadaan mania akut juga dapat mengancam kehidupannya (Yosep, 2007).

#### **4. Evaluasi**

1. Apakah semua sumber pencetus stress dan persepsi klien dapat digali?
2. Apakah masalah klien mengenai konsep diri, rasa marah dan hubungan interpersonal dapat digali?
3. Apakah perubahan pola tingkah laku klien dan respons tersebut tampak?
4. Apakah riwayat individu klien dan keluarganya sebelum fase depresi/mania dapat dievaluasi sepenuhnya?
5. Apakah perlu dilakukan tindakan untuk mencegah kemungkinan terjadinya bunuh diri?
6. Apakah masyarakat lingkungan juga merupakan sumber coping?
7. Apakah tindakan keperawatan telah mencakup semua aspek dunia klien?
8. Apakah reaksi perubahan klien dapat diidentifikasi dan dilalui dengan baik oleh klien?
9. Apakah perawat mampu untuk mawas diri terhadap perasaan pribadi, konflik, dan mampu untuk menghadapi benturan emosi yang timbul dalam hubungan dengan klien?

10. Apakah pengalaman klien akan meningkatkan kepuasan dan kesenangan klien terhadap dunia pribadinya?  
(Yosep, 2007).

### **C. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN MASALAH KETIDAKBERDAYAAN**

Ketidakberdayaan merupakan persepsi individu bahwa segala tindakannya tidak akan mendapatkan hasil atau suatu keadaan dimana individu kurang dapat mengendalikan kondisi tertentu atau kegiatan yang baru dirasakan. Karena ketidakberdayaan dapat menyebabkan gangguan harga diri maka diagnosa keperawatan dapat dirumuskan: **Gangguan harga diri: Harga diri rendah berhubungan dengan Ketidakberdayaan** (Yosep, 2007).

#### **1. Pengkajian**

Data-data yang biasa ditampilkan pada pasien dengan ketidakberdayaan adalah: Mengatakan secara verbal ketidakmampuan mengendalikan atau mempengaruhi situasi.

1. Mengatakan tidak dapat menghasilkan sesuatu
2. Mengatakan ketidakmampuan perawatan diri
3. Tidak berpartisipasi dalam pengambilan keputusan saat kesempatan diberikan
4. Segan mengekspresikan perasaan yang sebenarnya
5. Apatis, pasif
6. Ekspresi muka murung
7. Bicara dan gerakan lambat
8. Nafsu makan tidak ada atau berlebihan
9. Tidur berlebihan
10. Menghindari orang lain.

#### **2. Rencana tindakan keperawatan ketidakberdayaan**

##### **A. Tujuan Umum:**

Pasien dapat melakukan cara pengambilan keputusan yang efektif untuk mengendalikan situasi kehidupannya dengan demikian menurunkan perasaan rendah diri.



**B. Tujuan Khusus Tindakan:**

Pasien dapat membina hubungan terapeutik dengan perawat.	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Lakukan pendekatan yang hangat, menerima pasien apa adanya dan bersifat empati</li><li>b. Mawas diri dan cepat mengendalikan perasaan dan reaksi diri perawat sendiri (misalnya: rasa marah, frustrasi dan simpati)</li><li>c. Sediakan waktu untuk berdiskusi dan bina hubungan yang sifatnya supportif</li><li>d. Beri waktu untuk pasien berespons.</li></ul>
Pasien dapat mengenali dan mengekspresikan emosinya.	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Tunjukkan respons emosional dan menerima pasien</li><li>b. Gunakan teknik komunikasi terapeutik terbuka, eksplorasi, klarifikasi.</li><li>c. Bantu pasien untuk mengekspresikan perasaannya</li><li>d. Bantu pasien mengidentifikasi area-area situasi kehidupannya yang tidak berada dalam kemampuannya untuk mengontrol.</li><li>e. Dorong untuk menyatakan secara verbal perasaan-perasaannya yang berhubungan dengan ketidakmampuan.</li></ul>
Pasien dapat memodifikasi pola kognitif yang negatif.	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Diskusikan tentang masalah yang dihadapi pasien tanpa memintanya untuk menyimpulkan.</li><li>b. Identifikasi pemikiran yang negatif dan bantu untuk menurunkannya melalui interupsi atau substitusi.</li><li>c. Bantu pasien untuk meningkatkan pemikiran yang positif.</li><li>d. Evaluasi ketepatan persepsi, logika dan kesimpulan yang dibuat pasien.</li><li>e. Identifikasi persepsi pasien yang tidak tepat, penyimpangan dan pendapatnya yang tidak rasional.</li><li>f. Kurangi penilaian pasien yang negatif terhadap dirinya.</li><li>g. Bantu pasien untuk menyadari nilai yang dimilikinya atau perilakunya dan perubahan yang terjadi.</li></ul>
Pasien dapat termotivasi untuk aktif mencapai tujuan yang realistik.	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Bantu pasien untuk menetapkan tujuan-tujuan yang realistik. Fokuskan kegiatan pada saat ini bukan pada kegiatan masa lalu</li><li>b. Bantu pasien mengidentifikasi area-area situasi kehidupan yang dapat dikontrolnya.</li><li>c. Identifikasi cara-cara yang dapat dicapai oleh</li></ul>

	<p>pasien. Dorong untuk berpartisipasi dalam aktivitas-aktivitas tersebut dan berikan penguatan positif untuk berpartisipasi dan pencapaiannya.</p> <p>d. Motivasi keluarga untuk berperan aktif dalam membantu pasien menurunkan perasaan tidak berdaya.</p>
Pasien dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berkenaan dengan perawatannya sendiri.	<p>a. Libatkan pasien dalam menetapkan tujuan-tujuan perawatannya yang ingin dicapai.</p> <p>b. Motivasi pasien untuk membuat jadwal aktifitas perawatan dirinya</p> <p>c. Berikan pasien privasi sesuai kebutuhan yang ditentukan</p> <p>d. Berikan "reinforcement" positif untuk keputusan yang dibuat</p> <p>e. Beri pujian jika klien berhasil melakukan kegiatan atau penampilan yang bagus</p> <p>f. Motivasi pasien untuk mempertahankan penampilan/kegiatan tersebut.</p>

#### **D. ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN PENINGKATAN MOBILITAS FISIK**

Peningkatan mobilitas fisik yang sering juga disebut dengan hiperaktif merupakan suatu gangguan alam perasaan (Yosep, 2007).

##### **1. Pengkajian**

Perilaku yang sering timbul pada pasien ini adalah:

1. Aktivitas motorik yang meningkat
2. Ekspresi wajah riang yang berlebihan
3. Banyak bicara dan pembicaraan mudah beralih dari satu topik ke topik lain
4. (flight of ideas)
5. Kurang bertanggung jawab
6. Mudah tersinggung dan terangsang
7. Tingkah laku mengancam bahaya
8. Tidak tahan kritik
9. Tidak takut bahaya.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Bila saudara menganalisa data-data yang dijumpai pada pasien dengan peningkatan mobilitas fisik, maka diagnosa yang dapat dirumuskan adalah: Resiko tinggi terhadap cedera berhubungan dengan peningkatan mobilitas fisik.

## 3. Rencana Tindakan Keperawatan

**Tujuan Umum:** Pasien tidak akan mengalami cedera fisik selama dirawat.

**Tujuan Khusus Tindakan:**

Pasien dapat membina hubungan saling percaya	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Kenalkan diri pada pasien</li><li>b. Tanggapi pembicaraan pasien dengan sabar dan tidak menyangkal.</li><li>c. Bicara dengan tegas, jelas dan simpati.</li><li>d. Bersikap hangat dan bersahabat.</li><li>e. Temani pasien saat agitasi muncul dan hiperaktivitasnya meningkat.</li></ul>
Pasien dapat mengendalikan aktivitas motorik.	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat yang dapat menurunkan aktivitas motorik.</li><li>b. Diskusikan dengan pasien manfaat pemberian obat</li><li>c. Ciptakan ruangan yang tenang dan tidak banyak rangsangan, seperti musik yang lembut, penataan ruangan tidak banyak peralatan.</li><li>d. Beri kegiatan yang dapat diselesaikan oleh pasien, misalnya mandi, makan.</li><li>e. Beri reinforcement positif bila pekerjaan/kegiatan tersebut dapat diselesaikan.</li><li>f. Bersama pasien membuat jadwal kegiatan/aktivitas fisik untuk menyalurkan energinya, seperti menyapu, mengepel, olahraga.</li><li>g. Beri reinforcement positif bila pasien dapat melakukan kegiatannya tersebut.</li><li>h. Tetapkan batasan yang konstruktif terhadap tingkah laku yang negatif</li><li>i. Lakukan pendekatan yang konsisten oleh seluruh anggota tim kesehatan</li><li>j. Pertahankan komunikasi terbuka dan membagi persepsi diantara anggota tim kesehatan</li><li>k. Kuatkan perilaku pengendalian diri dan perilaku positif lainnya.</li></ul>
Pasien dapat mengungkapkan perasaannya.	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Beri kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan perasaannya yang menyakitkan</li><li>b. Beri kesempatan kepada pasien untuk mengutarakan keinginannya, perasaan dan</li></ul>



	<p>pikiran dengan menggunakan teknik komunikasi "fokusing"</p> <p>c. Berikan respons empati dan menerima pasien</p> <p>d. Bantu pasien menurunkan tingkat ansietas.</p>
Pasien dapat menentukan cara penyelesaian masalah (koping) yang konstruktif.	<p>a. Identifikasi bersama pasien cara yang biasa digunakan untuk mengatasi perasaan kesal, marah atau sesuatu yang tidak menyenangkan.</p> <p>b. Diskusikan manfaat dari cara yang telah digunakan.</p> <p>c. Diskusikan tentang alternatif cara untuk mengatasi perasaan yang tidak menyenangkan.</p> <p>d. Beri motivasi pasien agar memilih cara penyelesaian masalah yang tepat serta diskusikan konsekwensi dari cara yang dipilih.</p> <p>e. Anjurkan pasien untuk mencoba cara tersebut.</p>
Pasien mendapat dukungan keluarga.	<p>a. Diskusikan dengan keluarga tentang keadaan pasien.</p> <p>b. Bantu keluarga untuk memberikan asuhan yang tepat.</p> <p>c. Bantu keluarga untuk merencanakan kegiatan yang sesuai dengan keadaan pasien.</p>

## RINGKASAN

**Mood** didefinisikan sebagai "alam perasaan" atau "suasana perasaan" yang bersifat internal. Ekspresi eksternal dari *mood* disebut afek, atau "*eksternal display*". Sejak lama dalam literatur psikiatri *mood* yang terganggu disebut gangguan afektif. Dengan demikian gangguan alam perasaan atau *Mood* didefinisikan sebagai berikut :

1. Alam perasaan(mood) adalah keadaan emosional yang berkepanjangan yang mempengaruhi seluruh kepribadian dan fungsi kehidupan seseorang.
2. Gangguan alam perasaan adalah gangguan emosional yang disertai gejala mania atau depresi.
3. Menurut Phillip L. Rice (1992), depresi adalah gangguan mood, kondisi emosional berkepanjangan yang mewarnai seluruh proses mental (berpikir, berperasaan dan berperilaku) seseorang.
4. Definisi lain mengatakan bahwa depresi merupakan suatu gangguan suasana perasaan (mood) yang menahun mencakup terdapatnya gangguan alam perasaan yang depressif (tertekan), hilangnya minat atau rasa senang dalam semua segi kegiatan kehidupan, termasuk lenyapnya semangat melakukan semua aktifitas yang disenangi dalam waktu senggangnya. Kondisi gangguan ini bisa berlangsung selama beberapa hari sampai beberapa minggu.



**Tanda dan Gejala Depresi,** Depresi adalah keadaan emosional yang ditandai kesedihan yang sangat, perasaan bersalah dan tidak berharga, menarik diri dari orang lain, kehilangan minat untuk tidur, seks, serta hal-hal menyenangkan lainnya. Orang yang depresi mungkin: Sulit konsentrasi, bicaranya pelan, kata-kata monoton, suara pelan, Memilih untuk sendirian dan berdiam diri, atau justru tidak bisa diam, dan Sulit menemukan solusi permasalahan. Tanda dan gejala depresi mungkin bervariasi bergantung usia, anak-anak yang depresi seringkali menunjukkan keluhan somatis, seperti sakit perut atau sakit kepala, sedangkan orang dewasa yang depresi seringkali mudah lupa dan mudah terdistraksi. **Tanda dan Gejala Mania,** Mania adalah keadaan emosi/mood yang meningkat, sangat gembira tanpa alasan yang jelas, seringkali diiringi hiperaktivitas, cerewet, flight of ideas (perasaan subyektif bahwa pikiran seperti berlomba), tidak praktis, mudah terdistraksi, serta meningkatnya kepercayaan diri atau ide kebesaran. Episode mania biasanya berlangsung beberapa hari atau bulan. Simtom mania antara lain: tiba-tiba teriak, kadang sangat humoris, sering kaget dengan benda-benda dan kejadian di sekelilingnya.

**Rentang Respon Emosional** adalah sebagai berikut: **Responsif** adalah respons emosional individu yang terbuka dan sadar akan perasaannya. Pada rentang ini individu dapat berpartisipasi dengan dunia eksternal dan internal. **Reaksi kehilangan yang wajar** merupakan posisi rentang yang normal dialami oleh individu yang mengalami kehilangan. Pada rentang ini individu menghadapi realita dari kehilangan dan mengalami proses kehilangan, misalnya bersedih, berfokus pada diri sendiri, berhenti melakukan kegiatan sehari-hari. Reaksi kehilangan tersebut tidak berlangsung lama. **Supresi** merupakan tahap awal respons emosional yang maladaptif, individu menyangkal, menekan atau menginternalisasi semua aspek perasaannya terhadap lingkungan. **Reaksi berduka yang memanjang** merupakan penyangkalan yang menetap dan memanjang, tetapi tidak tampak reaksi emosional terhadap kehilangan. Reaksi berduka yang memanjang ini dapat terjadi beberapa tahun. **Mania/Depresi** merupakan respons emosional yang berat dan dapat dikenal melalui intensitas dan pengaruhnya terhadap fisik individu dan fungsi sosial. **Mania** adalah suatu gangguan alam perasaan yang ditandai dengan adanya alam perasaan yang meningkat, meluas atau keadaan emosional yang mudah tersinggung dan terangsang. Kondisi ini dapat diiringi dengan perilaku berupa peningkatan kegiatan, banyak bicara, ide-ide yang meloncat, senda gurau, tertawa berlebihan, penyimpangan seksual. **Depresi** adalah suatu gangguan alam perasaan yang ditandai dengan perasaan sedih dan berduka yang berlebihan dan berkepanjangan.

#### SOAL LATIHAN

1. Gangguan alam perasaan dengan keadaan emosional yang dicirikan dengan optimisme tinggi dan perasaan berlebih dan tidak terkalahkan adalah ...
  - a. Depresi
  - b. Hiper mood
  - c. Mania
  - d. Afek labil
  - e. Paranoia

2. Gejala-gejala berikut akan ditemukan pada Klien yang mengalami Depresi antara lain ...
  1. Perasaan bersalah
  2. Peningkatan / penurunan tidur
  3. Kesedihan mendalam
  4. Agitasi psikomotor
3. Urutan yang benar tentang rentang respon emosional dari kondisi adaptif ke maladaptive berikut ini : 1. Supresi emosi, 2. Berduka memanjang, 3. Depresi/mania, 4. Reaksi berduka yg wajar, 5. Emosi yg responsive, adalah
  - a. 1-2-3-4-5
  - b. 2-1-3-5-4
  - c. 5-4-1-2-3
  - d. 4-1-5-2-3
  - e. 3-5-1-4-2
4. Harga diri tinggi / waham , flight of ideas, loggore, hiperaktif adalah gejala dari ...
  - a. Gangguan bipolar
  - b. Distimia
  - c. Depresi mayor
  - d. Agitasi
  - e. Mania
5. Keadaan dimana seseorang mengalami perhatian dan konsentrasi menurun dan pesimis adalah kategori ...
  - a. Cemas berat
  - b. Panik
  - c. Depresi ringan
  - d. Depresi sedang
  - e. Depresi berat
6. Berikut adalah tanda dan gejala Depresi Berat antara lain ...
  1. Konsentrasi sangat buruk
  2. Pikiran merusak diri
  3. Menarik diri
  4. Kesedihan dan pikiran menyempit
7. Respon emosional dengan menyangkal, menjauhkan diri atau menekan semua aspek perasaan adalah ...
  - a. Emosi yang responsive
  - b. Reaksi berduka yang wajar
  - c. Supresi emosi
  - d. Reaksi berduka dangkal
  - e. Reaksi berduka memanjang
8. Berdasarkan faktor predisposisi dimana depresi terjadi akibat adanya rasa marah yang ditujukan pada diri sendiri adalah ...
  - a. Teori Kehilangan
  - b. Teori kognitif
  - c. Teori Agresi berbalik
  - d. Teori perilaku
  - e. Teori biologi

9. Tindakan keperawatan untuk Klien Depresi atau Mania antara lain ...
  1. Modifikasi lingkungan yang aman dan nyaman
  2. Pertahankan hubungan interpersonal dan terapeutik
  3. Bantu memodifikasi perilaku negative
  4. Bantu pencapaian tujuan yang realistis
10. Yang harus diperhatikan saat melakukan hubungan terapeutik dengan Klien Mania antara lain ...
  1. Respon hangat sederhana dan terbuka
  2. Waspada Klien memanipulasi
  3. Batasi perilaku negative
  4. Kuatkan perilaku control diri negative

#### DAFTAR PUSTAKA

- Davidson, Gerald C., John M. Neale, & Ann M. Kring., 2004. *Abnormal Psychology* (9th edition). US: John Wiley & Sons, Inc.
- Depkes RI, 1996, *Proses Keperawatan Jiwa*, jilid I. Direktorat Kesehatan Jiwa, Jakarta.
- Friedman, Marilyn M. 1998. *Praktik Keperawatan Keluarga: Teori, Pengkajian, Diagnosa, dan Intervensi*. Toronto: Appleton&Lange.
- Herdman, T. Heather. 2012. *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. EGC. Jakarta
- Hershenson, David B.; Power, Paul W.; & Waldo, Michael. 1996. *Community Counseling, Contemporer Theory and Practice*. Massachusetts, A Simon & Scuster Company.
- Iyer, P.W., et al., 1996. *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. W.B. Saunders Company. Philadelphia.
- Keliat, BA dan Akemat. 2009. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*. EGC: Jakarta
- Maramis, W.F., 2006. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Ed. 9 Surabaya: Airlangga University Press.
- Maslim R. (Ed.), 2001. *Buku Saku Diagnosis Gangguan Jiwa: Rujukan Ringkas dari PPDGJ III*. Fakultas Kedokteran Unika Atma Jaya, Jakarta.
- Perez, Joseph F. 1979. *Family Counseling: Theory and Practice*. New York, Van Nostrand, Co.
- Stuart G.W, and Sundeen S.J., 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*, St Louis: Mosby Year Book
- Stuart, G.W, and Laraia., 2005. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8ed. Elsevier Mosby, Philadelphia
- Stuart, G.W, and Sundeen, S.J, 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, edisi 3, Penerbit : Buku Kedokteran EGC ; Jakarta.
- Yosef, Iyus. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Penerbit; PT Refika Aditama, Bandung.

## BAB 7

### GANGGUAN PSIKIATRIK ANAK-ANAK

<b>STANDAR KOMPETENSI</b>	: Mengidentifikasi gangguan psikiatrik anak-anak Retardasi mental, yang sesuai dengan konsep dasar meliputi: definisi, klasifikasi, etiologi, diagnosis, pencegahan dan pengobatan Retardasi mental. Mengidentifikasi gangguan psikiatrik anak-anak Autisme, yang sesuai dengan konsep dasar meliputi: definisi, etiologi, gejala-gejala, kriteria, diagnostik, penatalaksanaan Autisme. Mengidentifikasi gangguan psikiatrik anak-anak <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i> (ADHD), yang sesuai dengan konsep dasar meliputi: definisi, pembagian, etiologi, penyebab, gejala-gejala, penerapan terapi <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i> (ADHD).
<b>KOMPETENSI DASAR</b>	: Mengidentifikasi Gangguan Psikiatrik Anak-Anak, Retardasi Mental, Autisme, dan <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i> (ADHD)
<b>INDIKATOR</b>	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa dapat menyebutkan Definisi Retardasi Mental (C1, A1)</li> <li>2. Mahasiswa dapat menyebutkan Klasifikasi Retardasi Mental (C1, A1)</li> <li>3. Mahasiswa dapat menyebutkan Etiologi Retardasi Mental (C1, A1)</li> <li>4. Mahasiswa dapat menyebutkan Diagnosis Retardasi Mental (C1, A1)</li> <li>5. Mahasiswa dapat menyebutkan pencegahan dan pengobatan Retardasi Mental (C1, A1)</li> <li>6. Mahasiswa dapat menyebutkan Definisi Autisme (C1, A1)</li> <li>7. Mahasiswa dapat menyebutkan Etiologi Autisme (C1, A1)</li> <li>8. Mahasiswa dapat menyebutkan Gejala-gejala Autisme (C1, A1)</li> <li>9. Mahasiswa dapat menyebutkan Diagnostik Autisme (C1, A1)</li> <li>10. Mahasiswa dapat menyebutkan Penatalaksanaan Autisme (C1, A1)</li> <li>11. Mahasiswa dapat menyebutkan definisi, pembagian, etiologi, penyebab, gejala-gejala, penerapan terapi <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i> (ADHD). (C1,A1)</li> </ol>
<b>MATERI POKOK</b>	: Gangguan Psikiatrik Anak-Anak, Retardasi Mental, Autisme, Dan <i>Attention Deficit Hyperactivity Disorder</i> (ADHD).



## **BAB 7**

### **GANGGUAN PSIKIATRIK ANAK-ANAK**

Gangguan jiwa pada anak-anak merupakan hal yang banyak terjadi, yang umumnya tidak terdiagnosis dan pengobatannya kurang adekuat. Masalah kesehatan jiwa terjadi pada 15% sampai 22% anak-anak dan remaja, namun yang mendapatkan pengobatan jumlahnya kurang dari 20%. Gangguan hiperaktivitas-defisit perhatian (ADHD/*Attention Deficit-Hyperactivity Disorder*) adalah gangguan kesehatan jiwa yang paling banyak terjadi pada anak-anak, dimana insidensinya diperkirakan antara 6% sampai 9%. Diagnosis gangguan jiwa pada anak-anak dan remaja adalah perilaku yang tidak sesuai dengan tingkat usianya, menyimpang bila dibandingkan dengan norma budaya, yang mengakibatkan kurangnya atau terganggunya fungsi adaptasi (Townsend, 1999). Dasar untuk memahami gangguan yang terjadi pada bayi, anak-anak, dan remaja adalah dengan menggunakan teori perkembangan. Penyimpangan dari norma-norma perkembangan merupakan tanda bahaya penting adanya suatu masalah. Gangguan spesifik dengan awitan pada masa kanak-kanak meliputi retardasi mental, gangguan perkembangan, gangguan perkembangan, gangguan eliminasi, gangguan perilaku disruptif, dan gangguan ansietas. Gangguan yang terjadi pada anak-anak dan juga terjadi pada masa dewasa adalah gangguan mood dan gangguan psikotik. Gejala gangguan jiwa pada anak-anak atau remaja berbeda dengan orang dewasa yang mengalami gangguan serupa (Townsend, 1999).

#### **A. GANGGUAN RETARDASI MENTAL**

Muncul sebelum usia 18 tahun dan dicirikan dengan keterbatasan substandar dalam berfungsi, yang dimanifestasikan dengan fungsi intelektual secara signifikan berada dibawah rata-rata (misal IQ dibawah 70) dan keterbatasan terkait dalam dua bidang keterampilan adaptasi atau lebih misal; komunikasi, perawatan diri, aktivitas hidup sehari-hari, keterampilan sosial, fungsi dalam masyarakat, pengarahan diri, kesehatan dan keselamatan, fungsi akademis, dan bekerja. Tingkat kecerdasan seorang anak yang ditentukan secara metodik oleh IQ (*Intelligentia Quotient*) memegang peranan penting untuk

suksesnya anak dalam belajar. Menurut penyelidikan, IQ atau daya tangkap seseorang mulai dapat ditentukan sekitar umur 3 tahun. Daya tangkap sangat dipengaruhi oleh garis keturunan (genetic) yang diwarinya dari keluarga ayah dan ibu di samping faktor gizi makanan yang cukup. IQ atau daya tangkap ini dianggap takkan berubah sampai seseorang dewasa, kecuali bila ada sebab kemunduran fungsi otak seperti penuaan dan kecelakaan. IQ yang tinggi memudahkan seorang murid belajar dan memahami berbagai ilmu. Daya tangkap yang kurang merupakan penyebab kesulitan belajar pada seorang murid, disamping faktor lain, seperti gangguan fisik (demam, lemah, sakit-sakitan) dan gangguan emosional. Awal untuk melihat IQ seorang anak adalah pada saat ia mulai berkata-kata. Ada hubungan langsung antara kemampuan bahasa si anak dengan IQ nya. Apabila seorang anak dengan IQ tinggi masuk sekolah, penguasaan bahasanya akan cepat dan banyak (Townsend, 1999).

**Interpretasi atau penafsiran dari IQ adalah sebagai berikut:**

TINGKAT KECERDASAN	IQ
Genius	Di atas 140
Sangat Super	120 – 140
Super	110 – 120
Normal	90 -110
Bodoh	80 – 90
Perbatasan	70 – 80
Moron / Dunga	50 – 70
Imbecile	25-50
Idiot	0 – 25

## 1. DEFINISI RETARDASI MENTAL

Retardasi mental ialah keadaan dengan intelegensi yang kurang (subnormal) sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak). Biasanya terdapat perkembangan mental yang kurang secara keseluruhan, tetapi gejala utama ialah intelegensi yang terbelakang. Retardasi mental disebut juga oligofrenia (oligo = kurang atau sedikit dan fren = jiwa) atau tuna mental.

1. Retardasi mental bukan suatu penyakit walaupun retardasi mental merupakan hasil dari proses patologik di dalam otak yang memberikan gambaran keterbatasan terhadap intelektual dan fungsi adaptif.
2. Retardasi mental dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya.
3. Hasil bagi intelegensi ( $IQ = Intelligence\ Quotient$ ) bukanlah merupakan satu-satunya patokan yang dapat dipakai untuk menentukan berat ringannya retardasi mental. Sebagai kriteria dapat dipakai juga kemampuan untuk dididik atau dilatih dan kemampuan sosial atau kerja.
4. Tingkatannya mulai dari taraf ringan, sedang sampai berat, dan sangat berat (Lumbantobing, S.M., 2001).

## 2. KLASIFIKASI RETARDASI MENTAL

Prevalensi retardasi mental sekitar 1 % dalam satu populasi. Di Indonesia 1-3 persen penduduknya menderita kelainan ini.<sup>4</sup> Insidennya sulit di ketahui karena retardasi mental kadang-kadang tidak dikenali sampai anak-anak usia pertengahan dimana retardasinya masih dalam taraf ringan. Insiden tertinggi pada masa anak sekolah dengan puncak umur 10 sampai 14 tahun. Retardasi mental mengenai 1,5 kali lebih banyak pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan (Lumbantobing, S.M., 2001).

**Klasifikasi retardasi mental adalah sebagai berikut:**

Klasifikasi Retardasi Mental	IQ
Retardasi mental berat sekali	<b>IQ dibawah 20 atau 25</b> Sekitar 1 sampai 2 % dari orang yang terkena retardasi mental.
Retardasi mental berat	<b>IQ sekitar 20-25 sampai 35-40.</b> Sebanyak 4 % dari orang yang terkena retardasi mental.
Retardasi mental sedang	<b>IQ sekitar 35-40 sampai 50-55.</b> Sekitar 10 % dari orang yang terkena retardasi mental.
Retardasi mental ringan	<b>IQ sekitar 50-55 sampai 70.</b> Sekitar 85 % dari orang yang terkena retardasi mental.

### 3. ETIOLOGI RETARDASI MENTAL

Penyebab kelainan mental ini adalah faktor keturunan (genetik) atau tak jelas sebabnya (simpleks) keduanya disebut retardasi mental primer. Sedangkan faktor sekunder disebabkan oleh faktor luar yang berpengaruh terhadap otak bayi dalam kandungan atau anak-anak (Lumbantobing, S.M., 2001).

**Retardasi mental menurut penyebabnya, yaitu :**

1. **Akibat infeksi dan atau intoksikasi.** Dalam Kelompok ini termasuk keadaan retardasi mental karena kerusakan jaringan otak akibat infeksi intrakranial, karena serum, obat atau zat toksik lainnya.
2. **Akibat rudapaksa dan atau sebab fisik lain.** Rudapaksa sebelum lahir serta juga trauma lain, seperti sinar x, bahan kontrasepsi dan usaha melakukan abortus dapat mengakibatkan kelainan dengan retardasi mental. Rudapaksa sesudah lahir tidak begitu sering mengakibatkan retardasi mental.
3. **Akibat gangguan metabolisme, pertumbuhan atau gizi.** Semua retardasi mental yang langsung disebabkan oleh gangguan metabolisme (misalnya gangguan metabolisme lemak, karbohidrat dan protein), pertumbuhan atau gizi termasuk dalam kelompok ini. Ternyata gangguan gizi yang berat dan yang berlangsung lama sebelum umur 4 tahun sangat mempengaruhi perkembangan otak dan dapat mengakibatkan retardasi mental. Keadaan dapat diperbaiki dengan memperbaiki gizi sebelum umur 6 tahun, sesudah ini biarpun anak itu dibanjiri dengan makanan bergizi, intelegensi yang rendah itu sudah sukar ditingkatkan.
4. **Akibat penyakit otak yang nyata (postnatal).** Dalam kelompok ini termasuk retardasi mental akibat neoplasma (tidak termasuk pertumbuhan sekunder karena rudapaksa atau peradangan) dan beberapa reaksi sel-sel otak yang nyata, tetapi yang belum diketahui betul etiologinya (diduga hereditas). Reaksi sel-sel otak ini dapat bersifat degeneratif, infiltratif, radang, proliferasi, sklerotik atau reparatif.
5. **Akibat penyakit atau pengaruh pranatal yang tidak jelas.** Keadaan ini diketahui sudah ada sejak sebelum lahir, tetapi tidak diketahui etiologinya, termasuk anomali kranial primer dan defek kongenital yang tidak diketahui sebabnya.



6. **Akibat kelainan kromosom.** Kelainan kromosom mungkin terdapat dalam jumlah atau dalam bentuknya.
7. **Akibat prematuritas.** Kelompok ini termasuk retardasi mental yang berhubungan dengan keadaan bayi pada waktu lahir berat badannya kurang dari 2500 gram dan/atau dengan masa hamil kurang dari 38 minggu serta tidak terdapat sebab-sebab lain seperti dalam sub kategori sebelum ini.
8. **Akibat gangguan jiwa yang berat.** Untuk membuat diagnosa ini harus jelas telah terjadi gangguan jiwa yang berat itu dan tidak terdapat tanda-tanda patologi otak.
9. **Akibat deprivasi psikososial.** Retardasi mental dapat disebabkan oleh faktor-faktor biomedik maupun sosiobudaya (Lumbantobing,S.M., 2001).

#### **4. DIAGNOSIS**

Untuk mendiagnosa retardasi mental dengan tepat, perlu diambil anamnesa dari orang tua dengan teliti mengenai kehamilan, persalinan dan perkembangan anak. Bila mungkin dilakukan juga pemeriksaan psikologik, bila perlu diperiksa juga di laboratorium, diadakan evaluasi pendengaran dan bicara. Observasi psikiatrik dikerjakan untuk mengetahui adanya gangguan psikiatrik disamping retardasi mental. Tingkat kecerdasan intelegensia bukan satu-satunya karakteristik, melainkan harus dinilai berdasarkan sejumlah besar keterampilan spesifik yang berbeda. Penilaian tingkat kecerdasan harus berdasarkan semua informasi yang tersedia, termasuk temuan klinis, prilaku adaptif dan hasil tes psikometrik. Untuk diagnosis yang pasti harus ada penurunan tingkat kecerdasan yang mengakibatkan berkurangnya kemampuan adaptasi terhadap tuntutan dari lingkungan sosial biasa sehari-hari. Pada pemeriksaan fisik pasien dengan retardasi mental dapat ditemukan berbagai macam perubahan bentuk fisik, misalnya perubahan bentuk kepala: mikrosefali, hidrocefali, dan sindrom down. Wajah pasien dengan retardasi mental sangat mudah dikenali seperti hipertelorisme, lidah yang menjulur keluar, gangguan pertumbuhan gigi dan ekspresi wajah tampak tumpul.

**Kriteria diagnostik retardasi mental yaitu;**

1. Fungsi intelektual yang secara signifikan dibawah rata-rata. IQ kira-kira 70 atau dibawahnya pada individu yang dilakukan test IQ.
2. Gangguan terhadap fungsi adaptif paling sedikit 2 misalnya komunikasi, kemampuan menolong diri sendiri, berumah tangga, sosial, pekerjaan, kesehatan dan keamanan.
3. Onsetnya sebelum berusia 18 tahun

**Diagnosis Banding:** Anak-anak dari keluarga yang sangat melarat dengan deprivasi rangsangan yang berat (retardasi mental ini reversibel bila diberi rangsangan yang baik secara dini). Kadang-kadang anak dengan gangguan pendengaran atau penglihatan dikira menderita retardasi mental. Mungkin juga gangguan bicara dan "cerebral palsy" membuat anak kelihatan terbelakang, biarpun intelegensinya normal. Gangguan emosi dapat menghambat kemampuan belajar sehingga dikira anak itu bodoh. "early infantile" dan skizofrenia anak juga sering menunjukkan gejala yang mirip retardasi mental (Lumbantobing,S.M., 2001).

**5. PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN**

<b>Pencegahan primer</b>	dapat dilakukan dengan pendidikan kesehatan pada masyarakat, perbaikan keadaan-sosio ekonomi, konseling genetik dan tindakan kedokteran (umpamanya perawatan prenatal yang baik, pertolongan persalinan yang baik, kehamilan pada wanita adolesen dan diatas 40 tahun dikurangi dan pencegahan peradangan otak pada anak-anak).
<b>Pencegahan sekunder</b>	meliputi diagnosa dan pengobatan dini peradangan otak, perdarahan subdural, kraniostenosis (sutura tengkorak menutup terlalu cepat, dapat dibuka dengan kraniotomi; pada mikrosefali yang kogenital, operasi tidak menolong).
<b>Pencegahan tersier</b>	merupakan pendidikan penderita atau latihan khusus sebaiknya disekolah luar biasa. Dapat diberi neuroleptika kepada yang gelisah, hiperaktif atau destruktif.
<b>Konseling</b>	kepada orang tua dilakukan secara fleksibel dan pragmatis dengan tujuan antara lain membantu

	mereka dalam mengatasi frustrasi oleh karena mempunyai anak dengan retardasi mental. Orang tua sering menghendaki anak diberi obat, oleh karena itu dapat diberi penerangan bahwa sampai sekarang belum ada obat yang dapat membuat anak menjadi pandai, hanya ada obat yang dapat membantu pertukaran zat (metabolisme) sel-sel otak.
<b>Latihan dan Pendidikan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Mempergunakan dan mengembangkan sebaik-baiknya kapasitas yang ada.</li> <li>b. Memperbaiki sifat-sifat yang salah atau yang anti sosial.</li> <li>c. Mengajarkan suatu keahlian (skill) agar anak itu dapat mencari nafkah kelak.</li> </ul>
<b>Latihan diberikan secara kronologis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Latihan rumah: pelajaran-pelajaran mengenai makan sendiri, berpakaian sendiri, kebersihan badan.</li> <li>b. Latihan sekolah: yang penting dalam hal ini ialah perkembangan sosial.</li> <li>c. Latihan teknis: diberikan sesuai dengan minat, jenis kelamin dan kedudukan sosial.</li> <li>d. Latihan moral: dari kecil anak harus diberitahukan apa yang baik dan apa yang tidak baik. Agar ia mengerti maka tiap-tiap pelanggaran disiplin perlu disertai dengan hukuman dan tiap perbuatan yang baik perlu disertai hadiah.</li> </ul> <p>(Lumbantobing, S.M., 2001)</p>

## B. GANGGUAN AUTISME

Autisme merupakan gangguan perkembangan fungsi otak yang mencakup bidang sosial dan fungsi afek, komunikasi verbal (bahasa) dan non verbal, imajinasi, fleksibilitas, lingkup interest (minat), kognisi dan atensi (Lumbantobing, 2001). Dewasa ini terdapat kecenderungan peningkatan kasus-kasus autisme pada anak (autisme infantile) yang datang pada praktek neurologi dan praktek dokter lainnya. Umumnya keluhan utama yang disampaikan oleh orang tua adalah keterlambatan bicara, perilaku aneh dan acuh tak acuh, atau cemas apakah anaknya tuli. Autisme sendiri sesungguhnya suatu istilah yang digunakan untuk menggambarkan jenis gangguan perkembangan pervasive yang

ditandai dengan hubungan hendaya timbal balik sosial, penyimpangan komunikasi, pola perilaku yang terbatas dan stereotipik. Fungsi abnormal ini sudah harus nampak pada umur 3 tahun. Lebih dari dua pertiga penderita gangguan autisme menderita retardasi mental, tetapi hal ini tidak mutlak diperlukan untuk menegakkan diagnosis (Newson dkk, 1998). Dari beberapa kali penelitian yang telah dilakukan, ternyata diduga bahwa penyebab utama autisme adalah gangguan perkembangan pada bagian otak tertentu yaitu amigdala, hipokampus, serebelum dan lobus temporalis. Tingkat kerusakan otak akibat gangguan perkembangan tersebut akan memberikan efek pada individu sesuai dengan derajat kerusakan otak itu sendiri. Efek yang timbul akan sangat mempengaruhi sekali terhadap tingkah laku individu dan pembentukan tingkah laku itu (Hartono, 1998).

Gangguan autisme lebih sering ditemukan pada anak laki-laki di banding anak perempuan, yaitu 3-5 kali lebih sering. Tetapi anak perempuan yang mengalami gangguan autisme cenderung lebih berat dan mempunyai riwayat keluarga dengan gangguan kognitif di banding anak laki-laki. Penelitian permulaan menemukan gangguan ini lebih sering pada status sosio-ekonomi tinggi, namun hal ini mungkin dipengaruhi oleh bias, karena dalam 25 tahun terakhir terdapat peningkatan kasus pada kelompok sosio-ekonomi rendah. Penemuan ini mungkin akibat bertambahnya kewaspadaan akan gangguan ini dan bertambahnya fasilitas kesehatan untuk anak-anak miskin (Aeni dkk, 2001). Terapi anak autisme membutuhkan identifikasi dini, intervensi edukasi yang intensif, lingkungan yang struktur, atensi individual, staf yang terlatih baik, dan peran serta orang tua sehingga melibatkan banyak bidang, baik bidang kedokteran, pendidikan, psikologi maupun bidang sosial. Dalam bidang kedokteran, untuk menangani masalah autisme dengan pengobatan khususnya medika mentosa, di bidang pendidikan dapat dilakukan dengan memberikan latihan pada orang tua penderita. Terapi perkembangan dan perilaku dapat dilakukan dalam bidang psikologi, sedangkan mendirikan yayasan autisme sebagai lembaga yang mampu secara professional menangani masalah autisme adalah contoh yang dilakukan dalam bidang sosial (Lumbantobing, 2001).



## 1. DEFINISI AUTISME

Gangguan autisme adalah salah satu defisit perkembangan pervasif pada awal kehidupan anak yang disebabkan oleh gangguan perkembangan otak yang ditandai dengan ciri pokok yaitu terganggunya perkembangan interaksi sosial, bahasa dan wicara, serta munculnya perilaku yang bersifat repetitif, stereotipik dan obsesif (Budiman, 1997). Autisme adalah gangguan perkembangan pervasif yang ditandai oleh adanya kelainan atau hendaya perkembangan yang muncul sebelum usia 3 tahun, dan dengan ciri kelainan fungsi dalam tiga bidang interaksi sosial, komunikasi dan perilaku yang terbatas dan berulang (Aeni dkk, 2001). Autisme merupakan gangguan perkembangan khususnya terjadi pada masa anak-anak, yang membuat seseorang tidak mampu mengadakan interaksi sosial dan seolah-olah hidup dalam dunianya sendiri. Autisme adalah suatu gangguan perkembangan yang kompleks, yang biasanya muncul pada usia 1-3 tahun. Tanda-tanda autisme biasanya muncul pada tahun pertama dan selalu sebelum berusia 3 tahun. Autisme 2-4 kali lebih sering ditemukan pada anak laki-laki.

## 2. ETIOLOGI AUTISME

Penyebab yang pasti dari autisme tidak diketahui, yang pasti hal ini bukan disebabkan oleh pola asuh yang salah. Penelitian terbaru menitikberatkan pada kelainan biologis dan neurologis di otak termasuk ketidakseimbangan biokimia, faktor genetik dan gangguan kekebalan. Beberapa kasus mungkin berhubungan dengan infeksi virus (rubella congenital atau cytomegalic inclusion disease), fenilketonuria (suatu kekurangan enzim yang sifatnya diturunkan) dan sindroma X yang rapuh (kesalahan kromosom). Sedangkan menurut penyebab utama dari autisme belum diketahui dengan pasti autisme diduga disebabkan oleh gangguan neurobiologis pada susunan syaraf pusat meliputi faktor genetik, gangguan pertumbuhan sel otak pada janin, gangguan pencernaan, keracunan logam berat dan gangguan auto-imun. Menurut Lumbantobing (2001), penyebab dari autisme dapat dipengaruhi oleh:

<b>Faktor keluarga dan psikodinamik</b>	Mulanya diperkirakan gangguan ini akibat kurangnya perhatian orang tua, tetapi penelitian terakhir tidak menemukan adanya perbedaan dalam membesarkan anak pada orang tua anak normal dari orang tua anak yang mengalami gangguan ini. Namun beberapa anak
---	--

	autisme berespon terhadap stressor psikososial seperti lahirnya saudara kandung atau pindah tempat tinggal berupa eksaserbasi gejala (Lumbantobing, 2001).
<b>Kelainan organo - biologi - neurologi</b>	Berhubungan dengan lesi neurologi, rubella kongenital, cytomegalovirus, ensefalitis, meningitis, fenilketonuria, tuberous sclerosis, epilepsi dan fragilee X syndrome. Penelitian neuroanatomi menunjukkan bahwa autisme akibat berhentinya perkembangan dari cerebellum, cerebrum dan sistem limbik. Pada MRI ditemukan hipoplasi vermis cerebellum lobus VI dan VII. Pada sekitar 10-30% anak dengan autisme dapat diidentifikasi faktor penyebabnya (Lumbantobing, 2001).
<b>Faktor genetik</b>	Pada survey gangguan autisme ditemukan 2-4% saudara kandung juga menderita gangguan autisme. Pada kembar monozygot angka tersebut mencapai 90% sedang akan kembar dizigot 0% (Lumbantobing, 2001)
<b>Faktor imunologi</b>	Terdapat beberapa bukti mengenai inkompatibilitas antara ibu dan fetus, dimana limfosit fetus bereaksi terhadap antibodi ibu, sehingga kemungkinan menyebabkan kerusakan jaringan syaraf embrional selama masa gestasi (Lumbantobing, 2001).
<b>Faktor perinatal</b>	Tingginya penggunaan obat pada selama kehamilan, respiratory distress syndrome, anemia neonatus
<b>Penemuan biokimia</b>	Pada sepertiga dari penderita autisme ditemukan peningkatan serotonin plasma. Selain itu terdapat peningkatan asam homovanilik pada cairan liquor cerebrospinal (Lumbantobing 2001).

Penyebab Autisme Penyebab Autisme sampai sekarang belum dapat ditemukan dengan pasti. Banyak sekali pendapat yang bertentangan antara ahli yang satu dengan yang lainnya mengenai hal ini. Ada pendapat yang mengatakan bahwa terlalu banyak vaksin Hepatitis B yang termasuk dalam MMR (Mumps, Measles dan Rubella) bisa berakibat anak mengidap penyakit autisme. Hal ini dikarenakan vaksin ini mengandung zat pengawet Thimerosal, yang terdiri dari Etilmerkuri yang menjadi penyebab utama sindrom Autisme Spectrum Disorder. Tapi hal ini masih diperdebatkan oleh para ahli. Hal ini berdebatkan karena tidak adanya bukti yang kuat bahwa imunisasi ini penyebab dari autisme, tetapi imunisasi ini diperkirakan ada hubungannya dengan Autisme (Lumbantobing 2001).

### 3. GEJALA-GEJALA GANGGUAN AUTISME

Gejala pada anak autisme sudah tampak sebelum anak berusia 3 tahun, yaitu antara lain dengan tidak adanya kontak mata, dan tidak menunjukkan responsif terhadap lingkungan. Jika kemudian tidak diadakan upaya terapi, maka setelah usia 3 tahun perkembangan anak terhenti atau mundur, seperti tidak mengenal suara orang tuanya dan tidak mengenali namanya, penderita autisme klasik memiliki 3 gejala yaitu: 1) Hambatan dalam komunikasi verbal dan non, 2) Kegiatan, dan 3) Minat yang aneh atau sangat terbatas. Sifat-sifat lainnya yang biasa ditemukan pada anak autisme Lumbantobing (2000), adalah sebagai berikut:

1. Sulit bergabung dengan anak-anak yang lain
2. Tertawa atau cekikikan tidak pada tempatnya
3. Menghindari kontak mata atau hanya sedikit melakukan kontak mata
4. Menunjukkan ketidakpekaan terhadap nyeri
5. Lebih senang menyendiri, menarik diri dari pergaulan tidak membentuk hubungan pribadi yang terbuka
6. Jarang memainkan permainan khayalan
7. Memutar benda, terpaku pada benda tertentu
8. Sangat tergantung kepada benda yang sudah dikenalnya dengan baik, secara fisik terlalu aktif atau sama sekali kurang aktif
9. Tidak memberikan respon terhadap cara pengajaran yang normal,
10. Tertarik pada hal-hal yang serupa, tidak mau menerima atau mengalami perubahan
11. Tidak takut akan bahaya
12. Terpaku pada permainan yang ganjil
13. Ekolalia (mengulang kata-kata atau suku kata)
14. Tidak mau dipeluk
15. Tidak memberikan respon terhadap kata-kata, bersikap seolah-olah tuli
16. Mengalami kesulitan dalam mengungkapkan kebutuhannya melalui kata-kata, lebih senang meminta melalui isyarat tangan atau menunjuk Jengkel atau kesal membabi buta
17. Melakukan gerakan atau ritual tertentu secara berulang-ulang



Anak autisme mengalami keterlambatan bicara, mungkin menggunakan bahasa dengan cara yang aneh atau tidak mampu bahkan tidak mau berbicara sama jika seseorang berbicara dengannya, dia akan sulit memahami apa yang dikatakan kepadanya. Anak autis tidak mau menggunakan kata ganti yang normal (terutama menyebut dirinya sebagai kamu, bukan sebagai saya) Pada beberapa kasus mungkin ditemukan perilaku agresif atau melukai diri sendiri. Kemampuan motorik kasar/halusnya ganjil (tidak ingin menendang bola tetapi dapat menyusun balok) Gejala-gejala tersebut bervariasi, bisa ringan maupun berat, selain itu perilaku autisme biasanya berlawanan dengan berbagai keadaan yang terjadi dan tidak sesuai dengan usianya. Sedangkan tanda-tanda autis (Lumbantobing 2000), yang sering dijumpai antara lain: tidak bisa menguasai atau sangat lamban dalam penguasaan bahasa sehari-hari, hanya bisa mengulang-ulang beberapa kata, mata yang tidak jernih atau tidak bersinar, tidak suka atau tidak bisa atau tidak mau melihat mata orang lain, hanya suka akan mainannya sendiri (kebanyakan hanya satu mainan itu saja yang dia mainkan), serasa dia punya dunianya sendiri, tidak suka berbicara dengan orang lain, tidak suka atau tidak bisa menggoda orang lain. Sebelum umur 3 tahun tampak adanya keterlambatan atau gangguan dalam bidang: 1) interaksi sosial, 2) bicara dan berbahasa, 3) cara bermain yang monoton, kurang variatif. Bukan disebabkan oleh gangguan disintegrasi masa kanak, namun kemungkinan kesalahan diagnosis selalu ada, terutama pada autisme ringan. Hal ini biasanya disebabkan karena adanya gangguan atau penyakit lain yang menyertai gangguan autis yang ada, seperti retardasi mental yang berat atau hiperaktifitas. Autisme memiliki kemungkinan untuk dapat disembuhkan, tergantung dari berat tidaknya gangguan yang ada (Lumbantobing 2001).

#### **4. KRITERIA AUTISME**

Untuk memeriksa apakah seorang anak menderita autisme atau tidak, digunakan standar internasional tentang autisme. ICD-10 (*International Classification of Diseases*) 1993 dan DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual*) 1994 merumuskan kriteria diagnosis untuk autisme Infanil yang isinya sama, yang saat ini dipakai di seluruh dunia. Kriteria tersebut adalah: Harus ada



sedikitnya gejala dari (1), (2) dan (3) seperti di bawah ini, dengan minimal 2 gejala dari (1) dan masing-masing 1 gejala dari (2) dan (3).

1. Gangguan kualitatif dalam interaksi sosial yang timbal balik Minimal harus ada 2 dari gejala di bawah ini (Newson, 1998):

- a) Tak mampu menjalin interaksi sosial yang cukup memadai: kontak mata sangat kurang, ekspresi muka kurang hidup, gerak gerik kurang tertuju, apabila dipanggil tidak menengok. Perilaku anak autistik sering menunjukkan emosi yang tidak sesuai. Beberapa anak menjerit atau tertawa dengan sedikit atau tanpa provokasi, tetapi dapat pula terlihat gejala perilaku lain seperti hiperkinesis yang sering berganti-ganti dengan hiperaktifitas, agresifitas dan temperamen perilaku melukai diri sendiri seperti mencakar, menggigit dan menarik rambut (Kaplan & Sadock dkk, 1994). Penderita autistik hampir tidak menunjukkan perilaku emosional, yang terlihat hanya duduk dan memandang ke ruang kosong (Newson, 1998). Mereka tidak menunjukkan rasa kecewa atau tidak senang bila berpisah dengan orang tuanya atau tidak gembira bila orang tua mereka datang kembali kedekatnya, hal ini dikarenakan terdapatnya gangguan kedekatan (attachment).
- b) Tidak bisa bermain dengan teman sebaya, senang menyendiri Yang dimaksud adalah kegagalan untuk mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sesuai menurut tingkat perkembangannya (Kaplan & Sadock dkk, 1994). Secara fisik mereka akan menjaga jarak dengan teman lain, tidak pernah memulai dan hanya sedikit berespon terhadap interaksi sosial. Fungsi luhur penyandang autisme dewasa muda cenderung memperlihatkan kurang kooperatif di dalam kelompoknya bermain (Newson, 1998).
- c) Kurangnya hubungan timbal balik sosial dan emosional Yang dimaksud dengan istilah hubungan sosial yang timbal balik adalah kapasitas yang dinamis untuk mempertahankan interaksi yang cocok. Hubungan sosial yang timbal balik bukanlah ketrampilan tunggal tetapi lebih pada hasil dari gabungan ketrampilan, hanya beberapa yang sudah diketahui. Interaksi verbal merupakan hal yang dimaksud dengan hubungan emosional yang

timbang balik yaitu kondisi yang menunjukkan keakraban yang lazimnya terhadap orang tua mereka dan orang lain, pada penderita autistik gagal menjalani hubungan ini. Kegagalan dalam membuat persahabatan, kejanggalan dan ketidaksesuaian sosial terutama kegagalan untuk mengembangkan empati. Pada masa remaja akhir, orang autistik tersebut yang paling berkembang seringkali memiliki keinginan untuk bersahabat, tetapi kecanggungan pendekatan mereka dan ketidakmampuan untuk merespon terhadap minat, emosi dan perasaan orang lain adalah hambatan yang utama dalam mengembangkan persahabatan. Kesulitan ini dideskripsikan sebagai kegagalan dalam hubungan timbal balik dan memberikan disorganisasi yang sifat dan perkembangan yang tidak seimbang dari ketrampilan sosial.

- d) Tidak dapat merasakan apa yang dirasakan orang lain Yang dimaksud adalah tidak adanya keinginan spontan untuk berbagi rasa, kesenangan minat atau pencapaian dengan orang lain, misalnya tidak memamerkan, membawa atau menunjukkan benda yang menarik minat, penderita autistik juga mengalami kegagalan mengenali perasaan orang lain. Anak autistik tidak dapat menggunakan ketrampilannya dengan efektif karena tidak mampu menunjukkan dan memperlihatkan sesuatu hal yang dimaksud. Anak autistik seringkali menggunakan isyarat, meraba dan mengambil barang bukan dengan jarinya tapi menganggap orang lain sebagai benda misalnya dengan memegang tangan orang itu dan menempatkan pada suatu barang yang diinginkan. Setelah tujuan tercapai, anak autistik kurang mampu untuk melanjutkan pada aktifitas lain, tetapi biasanya mengulang kembali aktifitas yang semula.
  - e) Kurangnya kemampuan untuk bisa membagi kegembiraan dan kesenangan pada orang lain (Newson, 1998).
2. Gangguan kualitatif dalam bidang komunikasi Minimal harus ada 1 dari gejala di bawah ini :
- a) Perkembangan bicara terlambat atau sama sekali tidak berkembang. Anak tidak berusaha untuk berkomunikasi secara non-verbal.
  - b) Bila anak bisa bicara, maka bicaranya tidak dipakai untuk berkomunikasi

- c) Sering menggunakan bahasa yang aneh dan diulang-ulang
- d) Cara bermain kurang variatif, kurang imajinatif dan kurang dapat meniru
- 3. Adanya suatu pola yang dipertahankan dan diulang-ulang dalam perilaku, minat, dan kegiatan
  - a) Mempertahankan satu minat atau lebih dengan cara yang khas dan berlebihan
  - b) Terpaku pada suatu kegiatan yang ritualistik atau rutinitas yang tidak ada gunanya
  - c) Ada gerakan-gerakan aneh yang khas dan diulang-ulang
  - d) Seringkali sangat terpukau pada bagian-bagian benda (IQ-EQ, 2001)
- 4. Adanya gangguan emosi
  - a) Tertawa, menangis, marah-marah tanpa sebab
  - b) Emosi tidak terkendali
  - c) Rasa takut yang tidak wajar
- 5. Adanya gangguan persepsi sensorik
  - a) Menjilat-jilat dan mencium-cium benda
  - b) Menutup telinga bila mendengar suara keras dengan nada tertentu
  - c) Tidak suka memakai baju dengan bahan yang kasar
  - d) Sangat tahan terhadap sakit (Newson, 1998).

## 5. DIAGNOSIS AUTISME

Autisme tidak dapat langsung diketahui pada saat anak lahir atau pada skrining prenatal (tes penyaringan yang dilakukan ketika anak masih berada dalam kandungan). Tidak ada tes medis untuk mendiagnosis autisme. Suatu diagnosis yang akurat harus berdasarkan kepada hasil pengamatan terhadap kemampuan berkomunikasi, perilaku dan tingkat perkembangan anak. Karakteristik dari kelainan ini beragam, maka sebaiknya anak dievaluasi oleh tim multidisipliner yang terdiri dari ahli saraf, psikolog anak-anak, ahli perkembangan anak-anak, terapis bahasa dan ahli lainnya yang berpengalaman di bidang autisme. Pengamatan singkat dalam satu kali pertemuan tidak dapat menampilkan gambaran kemampuan dan perilaku anak. Masukan dari orang tua

dan riwayat perkembangan anak merupakan komponen yang sangat penting dalam menegakkan diagnosis yang akurat (Newson, 1998).

## **6. PENATALAKSANAAN AUTISME**

Orang tua memainkan peran yang sangat penting dalam membantu perkembangan anak. Seperti anak-anak yang lainnya, anak autis terutama belajar melalui permainan, bergabunglah dengan anak ketika dia sedang bermain, tariklah anak dari ritualnya yang sering diulang-ulang, dan tuntunlah mereka menuju kegiatan yang lebih beragam. Misalnya orang tua mengajak anak mengitari kamarnya kemudian tuntun mereka ke ruang yang lain. Orang tua perlu memasuki dunia mereka untuk membantu mereka masuk ke dunia luar. Kata-kata pujian karena telah menyelesaikan tugasnya dengan baik, kadang tidak berarti apa-apa bagi anak autis. Temukan cara lain untuk mendorong perilaku baik dan untuk mengangkat harga dirinya. Misalnya berikan waktu lebih untuk bermain dengan mainan kesukaannya jika anak telah menyelesaikan tugasnya dengan baik. Anak autis belajar lebih baik jika informasi disampaikan secara visual (melalui gambar) dan verbal (melalui kata-kata). Masukkan komunikasi augmentative dalam kegiatan rutin sehari-hari dengan menggabungkan kata-kata dan foto-foto, lambang atau isyarat tangan untuk membantu anak mengutarakan kebutuhan, perasaan dan gagasannya. Tujuan dari pengobatan adalah membuat anak autis berbicara tetapi sebagian anak autis tidak dapat bermain dengan baik, padahal anak-anak mempelajari kata baru dalam permainan, sebaiknya orang tua tetap berbicara kepada anak autis sambil menggunakan semua alat komunikasi dengan mereka, apakah berupa isyarat tangan, gambar, foto, tangan, bahasa tubuh manusia maupun teknologi. Jadwal kegiatan sehari-hari, makanan dan aktifitas favorit serta teman dan anggota keluarga lainnya bisa menjadi bagian dari system gambar dan membantu anak untuk berkomunikasi dengan dunia di sekitarnya (Giangreco dkk,1997).

### **1. Intensitas Penatalaksanaan**

Intensitas penatalaksanaan harus dipertimbangkan pada beberapa level, termasuk durasi (yaitu beberapa jam per minggu, atau beberapa bulan per tahun) dan rasio pegawai yang tersedia. Berkenaan dengan durasi program, ada beberapa



penelitian untuk mendukung fakta bahwa hasil yang diperoleh anak-anak penderita autisme cenderung berhubungan secara positif dengan jumlah jam dari terapi yang mereka terima setiap minggu. Anak-anak dengan autisme memerlukan metode pengajaran yang intensif, yaitu diberikan secara baik ketika siswa mempunyai seorang guru yang perhatiannya tidak terbagi. Seperti kemajuan siswa, sering perhatian terbaik mereka ada suatu rasio yang sebanding dengan yang diberikan dalam lingkungan pendidikan selanjutnya. (Giangreco dkk, 1997).

## **2. Penatalaksanaan Menyeluruh**

Penatalaksanaan menyeluruh, yang terdiri dari beberapa teori sebagai berikut:

**a) Terapi Psikofarmaka,** Kerusakan sel otak di sistem limbik, yaitu pusat emosi akan menimbulkan gangguan emosi dan perilaku temper tantrum, agresifitas, baik terhadap diri sendiri maupun pada orang-orang disekitarnya, serta hiperaktifitas dan stereotipik. Untuk mengendalikan gangguan emosi ini diperlukan obat yang mempengaruhi fungsinya sel-sel otak. Obat-obat yang digunakan antara lain :

- 1) Haloperidol, Suatu obat antipsikotik yang mempunyai efek meredam psikomotor, biasanya digunakan pada anak yang menampilkan perilaku temper tantrum yang tidak terkendali serta mempunyai efek lain yaitu meningkatkan proses belajar biasanya digunakan dalam dosis 0,20 mg (Campbell dkk, 1983).
- 2) Fenfluramin, Suatu obat yang mempunyai efek mengurangi kadar serotonin darah yang bermanfaat pada beberapa anak autisme (Levanthal dkk, 1993).
- 3) Naltrexone, Merupakan obat antagonis opiat yang diharapkan dapat menghambat opioid endogen sehingga mengurangi gejala autisme seperti mengurangi cedera pada diri sendiri dan mengurangi hiperaktifitas (Lensing dkk, 1995).
- 4) Clompramin, Merupakan obat yang berguna untuk mengurangi stereotipik, konvulsi, perilaku ritual dan agresifitas, biasanya digunakan dalam dosis 3,75 mg (Campbell dkk, 1996).

- 5) Lithium, Merupakan obat yang dapat digunakan untuk mengurangi perilaku agresif dan mencederai diri sendiri (Lumbantobing, 2001).
- 6) Ritalin, Untuk menekan hiperaktifitas (Lumbantobing, 2001).
- 7) Risperidon, Dengan dosis 2 x 0,1 mg telah dapat mengendalikan perilaku dan konvulsi. Oleh karena efektifitas obat berbeda-beda antara anak satu dengan lainnya, maka pemakaian obat harus diawasi oleh dokter. Pemeriksaan yang lengkap perlu dilakukan setiap 6 bulan. Pemberian obat hanya sebagai penunjang dari keseluruhan penatalaksanaan autisme (Lumbantobing, 2001).

**b) Terapi Perilaku.** Dalam tatalaksana gangguan autisme, terapi perilaku merupakan tatalaksana yang paling penting. Metode yang digunakan adalah metode Lovass. Metode Lovass adalah metode modifikasi tingkah laku yang disebut dengan Applied Behavioral Analysis (ABA). ABA juga sering disebut sebagai Behavioral Intervension atau Behavioral Modification. Dasar pemikirannya, perilaku yang diinginkan maupun yang tidak diinginkan bisa dikontrol atau dibentuk dengan system reward dan punishment. Pemberian reward akan meningkatkan frekuensi munculnya perilaku yang diinginkan, sedangkan punishment akan menurunkan frekuensi munculnya perilaku yang tidak diinginkan (Nakita, 2002). Hal-hal yang harus diperhatikan dalam Behavioral Intervension atau Behavioral Modification antara lain :

1. Prinsip dasar ABA (Applied Behavioral Analysis) Dasar metode ABA adalah semua tingkah laku dipelajari. Baik yang sederhana, seperti kontak mata atau duduk, sampai yang kompleks, misalnya interaksi sosial dan kemampuan memahami sudut pandang orang lain. Tingkah laku kompleks ini dapat dipelajari dengan memecah menjadi komponen-komponen atau kemampuan-kemampuan persyarat yang lebih sederhana, yang kemudian diajarkan ke anak. Untuk membantu anak belajar, harus diketahui hal apa saja yang dapat meningkatkan kemungkinan anak untuk menunjukkan respon seperti yang diinginkan yang dikenal dengan sebutan reinforcer (penguat). Reinforce positif akan meningkatkan kemungkinan munculnya tingkah laku yang diinginkan (desirable behavioral). Sebaliknya, reinforcer negative meningkatkan kemungkinan tidak munculnya tingkah laku yang

tidak diinginkan (undesirable behavioral). Reinforcer positif berupa akses ke barang atau hal-hal yang disukai anak, sedangkan reinforcer negative adalah penghilangan hal-hal yang menyenangkan dari diri anak (Nakita, 2001).

2. Tujuan ABA (Applied Behavioral Analysis), Membuat kegiatan belajar menjadi aktivitas yang menyenangkan bagi anak. Mengajarkan kepada anak agar mampu membedakan atau mendiskriminasikan stimulus-stimulus yang berbeda. Tanpa kemampuan ini, anak tidak sanggup merespon secara tepat (Nakita, 2001).
3. Metode pengajaran ABA, Metode pengajaran yang digunakan adalah DDT (Discrete Trial Training) yaitu metode yang berstruktur menurut pola tertentu dan bisa ditentukan awal dan akhirnya. DDT terdiri dari instruktur, prompt, respon, konsekuensi dan interval waktu antara instruksi yang satu dengan instruksi yang lain. Instruksi: Harus diberikan setelah anak memberi perhatian. Latihan dasar adalah latihan kontak mata. Instruksi pada awalnya harus diberikan tepat sama, baik kata-kata maupun intonasi, agar anak mudah mengerti. Instruksi yang baik adalah yang jelas pengucapannya, sedikit kata dan dalam nada netral atau datar. Prompt: Dimaksudkan agar anak dapat mengetahui respon yang diharapkan darinya. Konsekuensi: yang dimaksud konsekuensi adalah apa yang diterima anak setelah berespon. Kalau respon anak tepat, maka anak akan mendapat reinforcer yang akan meningkatkan kemungkinan bagi anak untuk berespon yang sama di kemudian hari. Interval: Setelah anak berespon dan mendapat konsekuensi, interval diberikan sekitar 3-5 menit antara konsekuensi dan instruksi selanjutnya. Gunanya sebagai pemberitahuan pada anak bahwa instruksi yang terdahulu telah selesai dan menyiapkan anak untuk instruksi berikutnya. Bila tidak ada interval waktu, anak bisa saja mencampuradukkan instruksi berikut dengan instruksi sebelumnya (Nakita, 2001).
4. **Enam kemampuan dasar**, berbagai kemampuan yang diajarkan melalui program ABA dapat dibedakan menjadi enam kemampuan dasar (Nakita, 2001), yaitu:

<b>Kemampuan memperhatikan (Attending Skill)</b>	Pada program ini terdapat dua prosedur. Pertama melatih anak untuk bisa memfokuskan pandangan mata pada orang yang ada di depannya atau disebut dengan kontak mata. Yang kedua melatih anak untuk memperhatikan keadaan atau objek yang ada di sekelilingnya. (Lovass dkk,1996).
<b>Kemampuan menirukan (Imitation Skill)</b>	Pada kemampuan imitasi anak diajarkan untuk meniru gerakan motorik kasar dan halus. Selanjutnya, urutan gerakan, meniru gambar sederhana atau meniru tindakan yang disertai bunyi-bunyian (Lovass dkk,1996; Hardiono & Nakita,2002).
<b>Bahasa reseptif</b>	<b>Bahasa reseptif</b> , Melatih anak agar mempunyai kemampuan mengenal dan bereaksi terhadap seseorang, terhadap kejadian lingkungan sekitarnya, mengerti maksud mimik dan nada suara dan akhirnya mengerti kata-kata (Hardiono,2002).
<b>Bahasa ekspresif</b>	Melatih kemampuan anak untuk mengutarakan pikirannya, dimulai dari komunikasi preverbal (sebelum anak dapat bicara), komunikasi dengan ekspresi wajah, gerakan tubuh dan akhirnya dengan menggunakan kata-kata atau komunikasi verbal (Hardiono,2002)
<b>Kemampuan praakademis</b>	Melatih anak untuk dapat bermain dengan benar, memberikan permainan yang mengajarkan anak tentang emosi, hubungan ketidakteraturan (irregularities), dan stimulus-stimulus di lingkungannya seperti bunyi-bunyian serta melatih anak untuk mengembangkan imajinasinya lewat media seni seperti menggambar benda-benda yang ada di sekitarnya (Lovass dkk,1996).
<b>Kemampuan mengurus diri sendiri (Self Help Skill),</b>	Program ini bertujuan untuk melatih anak agar bisa memenuhi kebutuhan dirinya sendiri. Pertama anak dilatih untuk bisa makan sendiri, umumnya pada anak yang normal dia dapat mempelajarinya dengan mudah. Tetapi untuk penderita autisme ini membutuhkan waktu yang lama dan bertahap. Yang kedua anak dilatih untuk bisa buang air kecil atau yang disebut toilet training. Kemudian tahapan selanjutnya adalah dressing, brushing or combing hair and tooth brushing. Pelatihan ini dilakukan secara pelan-pelan dan bertahap (Azrin & Fox, 1971)

- c. **Teknik Pengajaran**, Untuk dapat mengajarkan ketrampilan yang kompleks pada anak autistik dapat digunakan teknik shaping dan prompting. Teknik ini



biasanya digunakan karena respon yang mau diajarkan belum dapat dimunculkan oleh si anak atau tidak cukup sering muncul, sehingga bisa digunakan reinforcer saja.

<b><i>Teknik shaping</i></b>	Teknik ini digunakan bila kemampuan yang seharusnya dimiliki anak belum ada, sebelum anak dapat memunculkan respon yang tepat. Pada teknik ini, terapis akan memberi reinforcer pada respon-respon yang dimiliki oleh anak, yang mirip dengan respon yang tepat. Reinforcer akan diberikan pada respon yang semakin lama semakin mirip dengan respon target. Sampai akhirnya anak mampu memunculkan respon yang merupakan target awal.
<b><i>Teknik prompting</i></b>	Pada teknik ini anak akan diberikan bantuan ekstra karena belum mampu memberikan respon yang belum tepat. Prompt bisa berupa verbal prompt (terapis menyebutkan kata-kata yang tepat), modelling prompt (terapis mendemonstrasikan kepada anak respon yang tepat) dan physical prompt (terapis membimbing anak secara fisik agar mampu menunjukkan respon yang tepat). Yang harus dihindari dari teknik ini adalah ketergantungan anak pada prompt, dimana anak tidak bisa memunculkan respon yang tepat bila tidak diberikan prompt (Nakita,2002).

- d. **Teknik Jembatan (Shadowing).** Bila anak kesulitan di sekolah umum, biasanya akan dilakukan teknik inklusi atau integrasi dan teknik shadowing. Teknik tersebut umumnya dilakukan di masa-masa awal anak mengikuti kegiatan di sekolah umum. Caranya, terapis (shadow) yang selama ini membantu anak di rumah, ikut hadir di kelas bersama anak. Ia berfungsi untuk menjembatani atau membantu anak mengerti instruksi-instruksi atau stimulus-stimulus dari lingkungan. Kalau perlu, shadow akan melakukan prompt terhadap anak. Namun penggunaan prompt oleh shadow memang dibatasi supaya anak belajar mandiri (Nakita,2002).
- e. **Terapi Bicara.** Gangguan bicara dan berbahasa di derita oleh hampir semua anak autisme. Tatalaksana melatih bicara dan berbahasa harus dilakukan oleh ahlinya karena merupakan gangguan yang spesifik pada anak autisme. Anak dipaksa untuk berbicara sekata demi sekata, cara ucapan harus diperhatikan, kemudian diajarkan berdialog setelah mampu berbicara. Anak dipaksa untuk memandang terapis, seperti diketahui anak autistik tidak mau ada pandang

dengan orang lain. Dengan adanya kontak mata diharapkan anak dapat meniru gerakan bibir terapis (Soemarno,1992).

- f. Terapi Okupasional.** Melatih anak untuk menghilangkan gangguan perkembangan motorik halusnya dengan memperkuat otot-otot jari supaya anak dapat menulis atau melakukan ketrampilan lainnya.
- g. Pendidikan Khusus.** Anak autistik mudah sekali teralih perhatiannya, karena itu pada pendidikan khusus satu guru menghadapi satu anak dalam ruangan yang tidak luas dan tidak ada gambar-gambar di dinding atau benda-benda yang tidak perlu, yang dapat mengalihkan perhatian anak. Setelah ada perkembangan mulai dilibatkan dalam lingkungan kelompok kecil, kemudian baru kelompok yang lebih besar. Bila telah mampu bergaul dan berkomunikasi mulai dimasukkan pendidikan biasa di TK dan SD untuk anak normal (Soemarno,1992).
- h. Terapi Alternatif.** Yang digolongkan terapi alternatif adalah semua terapi baru yang masih berlanjut dengan penelitian. Terapi detoksifikasi Terapi ini menggunakan tentang nutrisi dan toksikologi. Terapi ini bertujuan untuk menghilangkan atau menurunkan kadar bahan-bahan beracun yang lebih tinggi dalam tubuh anak autisme dibanding dengan anak normal, agar tidak mengancam perkembangan otak. Terutama bahan beracun merkuri atau air raksa dan timah yang mempengaruhi sistem kerja otak. Terapi ini meliputi mandi sauna, pijatan dan shower, diikuti olahraga, konsumsi vitamin dosis tinggi, serta air putih minimal 2 liter sehari. Tujuannya untuk mengeluarkan racun yang menumpuk dalam tubuh (Edelson,1997)
- i. The Option Method.** Tujuan utama metode ini adalah meningkatkan kebahagiaan penyandang autisme dengan membantu mereka menemukan sistem kepercayaan diri masing-masing. Dasar pemikirannya adalah pandangan bahwa anak autis cenderung menutup diri terhadap dunia luar atau hidup dalam dunianya sendiri. Dengan adanya sikap menutup diri, kemampuan interaksi sosial anak tidak berkembang. Sehingga ketika anak berinteraksi dengan orang lain, ia menilainya sebagai sesuatu yang tidak menyenangkan dan justru membuat anak semakin menarik diri. Proses terapi ini menekankan penerimaan orang tua terhadap perilaku anaknya sebagai

sesuatu yang tidak menyimpang, melainkan cara anak untuk mengerti dan mengontrol dunianya. Orang tua harus terlibat kuat pada kegiatan obsesif anaknya (Suzi & Kaufman, 1998)

- j. Sensory integration therapy atau Kemampuan integrasi sensoris** adalah kemampuan untuk memproses impuls yang diterima dari berbagai indera secara stimulan. Banyak anak autis yang diketahui mengalami kesulitan dalam memproses stimulus sensoris yang kompleks. Anak autis yang masuk dalam golongan ini umumnya menunjukkan ketidakpekaan sensoris tertentu. Terapi ini bertujuan meningkatkan kesadaran sensoris dan kemampuan berespon terhadap stimulus sensoris tersebut.

### **C. ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER (ADHD)**

ADHD dicirikan dengan tingkat gangguan perhatian, impulsivitas, dan hiperaktivitas yang tidak sesuai dengan tahap perkembangan. Menurut DSM IV, ADHD pasti terjadi di setidaknya dua tempat (misal, di sekolah dan di rumah) dan terjadi sebelum usia 7 tahun. ADHD / GPPH (Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas) adalah keadaan neurologik-perilaku dengan gejala-gejala yang meliputi kurangnya perhatian, perhatian mudah beralih, hiperaktivitas, kegelisahan yang berlebihan, dan tindakan-tindakan yang bersifat impulsif, bertindak sesuai dorongan hati tanpa memperhatikan situasi (Schaefer, et al., 1991).

#### **1. DEFINISI *Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)***

ADHD sering diterjemahkan dengan keadaan hiperaktivitas atau hiperkinetik. Meskipun sebenarnya hiperaktivitas merupakan gejala saja dari ADHD. Istilah hiperaktivitas dipakai untuk anak dengan kelainan perilaku. Sebenarnya anak normalpun dalam tahap perkembangan tertentu juga mengalamisemacam hiperaktivitas, tetapi istilah yang dipakai untuk anak normal adalah overaktivitas. Memang sulit untuk membedakan kedua gejala ini. Diperlukan kejelian untuk membedakan keduanya, anak hiperaktif kelihatan sibuk, terlihat bahwa bermaksud mempelajari sesuatu. Hiperaktif adalah perilaku motorik yang berlebihan, Gangguan hiperakinetik adalah gangguan pada anak yang timbul pada usia perkembangan dini (sebelum usia 7 tahun) dengan ciri



utama tidak mampu memusatkan perhatian, hiperaktivitas dan impulsivitas. Ciri perilaku ini mewarnai berbagai situasi dan dapat berlanjut sampai dewasa (Schaefer, et al., 1991)

## **2. PEMBAGIAAN**

Pembagian ADHD adalah sebagai berikut;

1. Type GPP (Gangguan Pemusatan Perhatian)
2. Type Hiperaktivitas dan Impulsivitas
3. Type Campuran ( GPP, Hiperaktivitas dan Impulsivitas)

(Schaefer, et al., 1991)

## **3. ETIOLOGI**

Penyebabnya adalah gangguan diotak bagian depan yang disebut Lobus Frontalis dan sekitarnya, yang mengontrol proses berfikir dan yang mempengaruhi perilaku anak. Diduga terjadi kelainan struktural dan kemungkinan juga ada masalah dengan biokimia di otak mereka. Dengan pemeriksaan tertentu (PET, SPECT dan MRI) didapatkan hipometabolisme dan hipoperfusi pada anterior kiri lobus frontalis dan nucleus caudatus. Faktor genetika juga diduga berpengaruh kuat, karena 90% dari saudara kembar anak GPPH juga menyandang kelainan yang sama. Juga didapatkan beberapa faktor pemicu seperti BBLR, gangguan pernapasan bayi waktu lahir, keracunan dalam rahim dan trauma kepala. Juga diduga timah hitam yang banyak dijumpai dilutan (Schaefer, et al., 1991)

## **4. PENYEBAB ADHD**

Sampai saat ini belum jelas faktor apa yang dapat menyebabkan munculnya ADHD, meskipun banyak penelitian yang dilakukan dalam bidang neurologi dan ilmu genetika sepertinya menunjukkan sedikit titik terang. Banyak peneliti mencurigai faktor genetik dan biologis sebagai penyebab ADHD, meskipun lingkungan tempat anak tumbuh dan berkembang juga membantu menentukan perilaku anak yang spesifik. Studi terhadap gambar otak menunjukkan bagian mana dari otak anak-anak ADHD yang tidak berfungsi dan



penyebab tidak berfungsinya bagian itu belum diketahui, namun diduga berkaitan dengan mutasi beberapa gen. Selain faktor genetik tersebut, terdapat beberapa faktor yang sering dikatakan memiliki kontribusi dalam munculnya ADHD, diantaranya: kelahiran prematur, konsumsi alkohol dan tembakau (rokok) saat ibu hamil, terpapar timah dalam kadar tinggi, dan kerusakan otak sebelum lahir. Beberapa pihak lagi mengklaim bahwa zat aditif pada makanan, gula, ragi, dan pola asuh yang kering dapat memunculkan ADHD, namun pendapat ini kurang didukung fakta dan data yang akurat (Barkley, 1998; NIMH, 1999).

#### **Bagaimana Mendeteksi Anak Mengalami ADHD**

Terkadang kita melihat ada anak-anak yang terlihat sangat aktif dan tidak memperhatikan jika belajar di kelas. Namun, hal tersebut dapat saja merupakan sesuatu yang normal jika kita tilik dari usia mereka. Kita dapat mengarahkan pada diagnosa ADHD jika perilaku yang muncul tersebut sangat tidak sesuai dengan usia perkembangan mereka. Terdapat beberapa kriteria dalam DSM-IV yang membantu kita melakukan deteksi terhadap anak-anak dengan gangguan ADHD. Seorang anak harus menampilkan beberapa karakteristik untuk dapat didignosa secara klinis mengalami ADHD. Perilaku tersebut harus lebih sering. Keparahan muncul pada anak tersebut jika dibandingkan dengan anak-anak lain dalam tahap perkembangan yang sama paling tidak beberapa gejala muncul. Waktu muncul sebelum usia 7 tahun perilaku harus sudah muncul paling tidak 6. Durasi bulan sebelum evaluasi gejala harus menimbulkan dampak negatif pada Dampak kehidupan akademik dan sosial anak. gejala harus muncul pada Seting beberapa seting dalam kehidupan anak.

Kriteria yang diberikan oleh DSM-IV untuk membantu kita menegakkan diagnosa ADHD dapat kita lihat berikut ini.

##### **A. (1) atau (2)**

- (1) Memenuhi 6 atau lebih gejala kurangnya pemusatan perhatian paling tidak selama 6 bulan pada tingkat mengganggu dan tidak sesuai dengan tingkat perkembangan.
- (2) Memenuhi 6 atau lebih gejala hiperaktivitas-impulsivitas paling tidak selama 6 bulan pada tingkat mengganggu dan tidak sesuai dengan tingkat perkembangan

- B. Gejala kurangnya pemusatan perhatian atau hiperaktivitas-impulsivitas muncul sebelum usia 7 tahun.
- C. Gejala-gejala tersebut muncul dalam 2 seting atau lebih (di sekolah, rumah, atau pekerjaan)
- D. Harus ada bukti nyata secara klinis adanya gangguan dalam fungsi sosial, akademik, atau pekerjaan.
- E. Gejala tidak terjadi mengikuti gangguan perkembangan pervasif, skizofrenia, atau gangguan psikotik lainnya dan tidak dilihat bersama dengan gangguan mental lain (gangguan suasana hati, gangguan kecemasan, atau gangguan kepribadian).

## 5. GEJALA ADHD

ADHD dapat ditengarai sejak anak berusia sangat kecil. Pada bayi, gejala yang nampak, adalah: Terlalu banyak bergerak, sering menangis, dan pola tidurnya buruk, Sulit makan/minum, Selalu kehausan, dan Cepat marah/sering mengalami temper tantrum. Pada anak balita, gejala ADHD yang kerap terlihat, (Schaefer, et al., 1991) adalah:

- 1. Sulit berkonsentrasi/memiliki rentang konsentrasi yang sangat pendek
- 2. Sangat aktif dan selalu bergerak
- 3. Impulsif
- 4. Cenderung penakut
- 5. Memiliki daya ingat yang pendek
- 6. Terlihat tidak percaya diri
- 7. Memiliki masalah tidur dan sulit makan
- 8. Sangat cerdas, namun prestasi belajar tidak prima.

**Gambaran klinis, Gejala pokok/inti adalah** Kurang kemampuan untuk memusatkan perhatian, Hiperaktivitas dan Impulsivitas sebagai berikut:

Kurangnya kemampuan untuk memusatkan perhatian (Inatensivitas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sering tidak dapat memusatkan perhatian pada suatu hal secara detail / rinci, sering membuat kesalahan karena ceroboh</li> <li>b. Sulit mempertahankan perhatiannya pada tugas - tugas atau aktifitas bermain</li> <li>c. Segera tidak mendengarkan sewaktu diajak bicara</li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>d. Sering tidak mengikuti perintah/cenderung menentang dan tidak memahami perintah</li> <li>e. Sering tidak dapat mengorganisir/mengatur tugas-tugas / aktivitasnya</li> <li>f. Sering menolak, tidak menyenangi untuk terikat pada tugas-tugas yang menuntut ketahanan mental</li> <li>g. Sering kehilangan barang</li> <li>h. Perhatiannya mudah beralih</li> <li>i. Pelupa</li> </ul>
<i>Hiperaktivitas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sering menggerakkan kaki atau tangan dan sering menggeliat</li> <li>b. Sering meninggalkan tempat duduk dikelas</li> <li>c. Sering berlari dan memanjat</li> <li>d. Mengalami kesulitan melakukan kegiatan dengan tenang</li> <li>e. Sering bergerak seolah diatur oleh motor penggerak</li> <li>f. Sering berbicara berlebihan</li> </ul>
<i>Impulsivitas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Sering menjawab sebelum pertanyaan selesai diutarakan</li> <li>b. Sulit untuk dapat menunggu giliran</li> <li>c. Sering menginterupsi / menyela orang lain</li> <li>d. Melakukan tindakan berbahaya tanpa pikir panjang</li> <li>e. Sering berteriak dikelas</li> <li>f. Tidak sabaran</li> <li>g. Suka mengganggu anak lain</li> <li>h. Permintaan harus segera dipenuhi</li> </ul>

## 6. PENERAPAN TERAPI BERMAIN BAGI ADHD

### A. Definisi Terapi Bermain

Sebelum kita sampai pada penjelasan tentang terapi bermain, maka kita perlu memahami dulu tentang definisi bermain. Bermain adalah bagian integral dari masa kanak-kanak, media yang unik untuk memfasilitasi perkembangan ekspresi bahasa, ketrampilan komunikasi, perkembangan emosi, ketrampilan sosial, ketrampilan pengambilan keputusan, dan perkembangan kognitif pada anak-anak (Landreth, 2001). Bermain juga dikatakan sebagai media untuk eksplorasi dan penemuan hubungan interpersonal, eksperimen dalam peran orang

dewasa, dan memahami perasaannya sendiri. Bermain adalah bentuk ekspresi diri yang paling lengkap yang pernah dikembangkan manusia. Bermain adalah rangkaian perilaku yang sangat kompleks dan multi-dimensional, yang berubah secara signifikan seiring pertumbuhan dan perkembangan anak, yang lebih mudah untuk diamati daripada untuk didefinisikan dengan kata-kata. Kesulitan dalam mendefinisikan permainan yang dapat diterima banyak pihak adalah karena tidak adanya satu set permainan yang dapat mencakup banyak tipe permainan. Erikson (dalam Landreth, 2001) mendefinisikan bermain sebagai suatu situasi dimana ego dapat bertransaksi dengan pengalaman dengan menciptakan situasi model dan juga dapat menguasai realitas melalui percobaan dan perencanaan. Moustakas (dalam Landreth, 2001) mendefinisikan permainan sebagai 'pemberian pergi', kebebasan untuk mengalami, membenamkan seseorang secara total dalam momen tersebut sehingga tidak ada lagi beda antara diri dan objek dan diri sendiri dan orang lain. Energi, hidup, spirit, kejutan, peleburan, kesadaran, pembaharuan, semuanya adalah kualitas dalam permainan. Menurut McCune, Nicolich, & Fenson (dalam Schaefer, et al., 1991) bermain dibedakan dari perilaku yang lain dalam hal: (a) ditujukan demi kesenangan sendiri; (b) fokus lebih pada makna daripada hasil akhir; (c) diarahkan pada eksplorasi subjek untuk melakukan sesuatu pada objek; (d) tanpa mengharapkan hasil serius; (e) tidak diatur oleh aturan eksternal; (f) adanya keterikatan aktif dari pemainnya. Sedangkan Garvey dan Piaget menambahkan bahwa permainan haruslah: (a) menyenangkan; (b) spontan, sukarela, motivasinya intrinsik; (c) fleksibel; dan (d) berkaitan dengan pertumbuhan fisik dan kognitif. Sementara Landreth (2001) mendefinisikan terapi bermain sebagai hubungan interpersonal yang dinamis antara anak dengan terapis yang terlatih dalam prosedur terapi bermain yang menyediakan materi permainan yang dipilih dan memfasilitasi perkembangan suatu hubungan yang aman bagi anak untuk sepenuhnya mengekspresikan dan eksplorasi dirinya (perasaan, pikiran, pengalaman, dan perilakunya) melalui media bermain. International Association for Play Therapy (APT), sebuah asosiasi terapi bermain yang berpusat di Amerika, dalam situsnya di internet mendefinisikan terapi bermain sebagai penggunaan secara sistematis dari model teoritis untuk memantapkan proses interpersonal dimana terapis bermain menggunakan kekuatan terapeutik



permainan untuk membantu klien mencegah atau menyelesaikan kesulitan-kesulitan psikososial dan mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal. Beberapa definisi terapi bermain tersebut mengarah pada beberapa hal penting, yaitu: (a) tipe dan jumlah permainan yang digunakan; (b) konteks permainan; (c) partisipan yang terlibat; (d) urutan permainan; (e) ruang yang digunakan; (f) gaya bermain; (g) tingkat usaha yang dicurahkan dalam permainan. Berdasarkan banyak definisi tersebut dapat disimpulkan bahwa permainan adalah aktivitas yang mengandung motivasi intrinsik, memberi kesenangan dan kepuasan bagi siapa yang terlibat, dan dipilih secara sukarela. Sementara terapi bermain adalah pemanfaatan permainan sebagai media yang efektif oleh terapis, untuk membantu klien mencegah atau menyelesaikan kesulitan-kesulitan psikososial dan mencapai pertumbuhan dan perkembangan yang optimal, melalui kebebasan eksplorasi dan ekspresi diri (Schaefer, et al., 1991).

#### **B. Perkembangan Perilaku Bermain Dalam Penjangkaan Kondisi Psikologis**

Perilaku bermain kemudian menjadi bagian yang penting dari teori-teori psikologi perkembangan. Tulisan Freud tentang perkembangan psikoseksual membuat komunitas ilmiah menaruh perhatian lebih kepada perkembangan awal masa kanak-kanak dan perilaku anak sebagai jalan untuk memahami perkembangan kepribadian masa dewasa. Freud berpendapat bahwa perilaku anak yang terlihat adalah refleksi dari masalah-masalah dan konflik-konflik yang tidak disadari. Kemudian Freud memperluas pandangannya bahwa perilaku bermain merupakan suatu penguasaan yang spesifik dari anak. Namun sejauh ini Freud baru melihat perilaku bermain dalam tataran konsep namun dalam pelaksanaan terapi belum digunakan. Baru oleh Melanie Klein dan Anna Freud (Schaefer, et al., 1991), bermain dimasukkan dalam proses terapi. Menggunakan dasar konsep psikoanalisa, mereka memasukkan dan mempopulerkan penggunaan alat-alat permainan dalam penanganan/tritmen yang efektif bagi anak-anak. Tokoh lain yang mengembangkan permainan sebagai instrument dalam assessmen psikologis adalah Margaret Lowenfeld, yang memperkenalkan apa yang dia sebut "Teknik Miniatur Dunia". Teknik ini merupakan sistem pertama dalam penggunaan mainan dan objek dalam bentuk mini (miniatur) secara terorganisasi, yang digunakan dalam terapi bermain. Tekniknya ini memperluas fokus perhatian para

terapis dari sekedar menginterpretasi menjadi lebih banyak melakukan observasi secara formal dan metodelis penggunaan permainan anak dalam situasi terapi. Namun sejauh itu Lowenfeld belum menganjurkan penggunaan teknik tersebut sebagai alat diagnostik. Selanjutnya Erikson juga mulai mempublikasikan karyanya tentang anak dan remaja. Mendasarkan pada teori perkembangan psikososialnya, Erikson memandang bermain sebagai sebuah ekspresi kombinasi beberapa kekuatan, yaitu: perkembangan individual, dinamika keluarga, dan harapan masyarakat. Maka untuk melakukan observasi terhadap perilaku bermain, seorang observer harus paham betul bagaimana seorang anak dengan usia tertentu dan dari latar belakang komunitas tertentu harus bermain secara tepat. Hanya dengan cara tersebut maka observer dapat mengetahui dan memutuskan apakah perilaku subjek dalam bermain dapat dikatakan memiliki makna umum (normal) atau tidak normal. Seperti juga Freud, Erikson memandang permainan sebagai jalan mengetahui ketidaksadaran subjek. Piaget dengan teorinya tentang perkembangan kognitif juga memberi perhatian pada perilaku bermain. Menurutny, perubahan perilaku bermain menunjukkan perkembangan intelektual, sama seperti peningkatan kompetensi individu. Bermain juga menjadi media bagi individu untuk mempraktekkan apa yang sudah dipelajarinya. Tokoh lain yang mengembangkan penggunaan permainan dalam assessmen adalah Virginia Axline. Axline menyatukannya dengan pendekatan nondirective client-centered milik Rogers yang sebelumnya hanya untuk orang dewasa. Menurut Axline, dalam situasi bermain anak-anak menampilkan diri mereka dengan cara yang paling terus terang, jujur, dan jelas. Perasaan mereka, sikap, dan pikiran-pikiran yang muncul, terbuka dengan jelas dan tanpa usaha untuk ditutup-tutupi. Anak-anak juga belajar memahami diri mereka dan orang lain dengan lebih baik lewat bermain. Mereka belajar bahwa ketika bermain mereka dapat melakukan apapun, menciptakan dunia sendiri, menciptakan atau menghancurkan sesuatu. Selama tahun-tahun 1930-an sampai 1960-an, bermain oleh para klinisi lebih dipandang sebagai tritmen daripada instrumen penjangka/assessmen. Namun kemudian beberapa ahli mengembangkan permainan sebagai alat diagnostik. Salah satu yang terkenal adalah "Teknik miniatur dunia" hasil karya Lowenfeld, yang dikatakan dapat menentukan taraf perkembangan fungsi anak, meliputi

perkembangan : kemampuan bicara, motorik, intelektual, sosial, intrapsikis, dan perkembangan afektif. Setelah mengalami perkembangan yang bagus di tahun-tahun 1950-an, selanjutnya terapi bermain agak surut dan popularitasnya mulai menurun. Sekitar tahun 1960-an para profesional mulai beralih kepada tritmen yang perilaku, dibatasi waktu, kognitif, dan berorientasi kepada keluarga dan model medis. Terapi bermain hanya menjadi salah satu diantara sekian banyak cara untuk melihat dan memperlakukan anak yang mengalami masalah emosional. Pada tahun-tahun 1970 – 1980-an permainan anak kembali muncul sebagai teknik utama dalam memahami dan memberi tritmen pada anak. Kemudian para ahli banyak mengembangkan lebih banyak standar objektif untuk mengamati anak dan membanding-bandingkan perilaku bermain. Dengan standar tersebut maka para klinisi dapat memperoleh data tentang perilaku anak melalui permainan, dimana datanya lebih reliabel dan objektif. Saat ini, perilaku bermain anak dipercaya merupakan refleksi dari bermacam aspek inner life anak, taraf perkembangan fungsi dan kemampuannya. Diantara karakteristik-karakteristik tersebut, yang dapat diamati melalui perilaku bermain anak adalah: perkembangan ego, corak kognitif, kemampuan adaptasi, fungsi bahasa, responsitas emosi dan perilaku, tingkat sosial, perkembangan moral, kemampuan intelektual, gaya coping, teknik pemecahan masalah, dan bagaimana anak memandang dan memaknai dunia disekitarnya (Schaefer, et al., 1991).

### **C. Prinsip-Prinsip Penerapan Terapi Bermain Bagi Anak ADHD**

Berdasarkan luasnya batasan terapi bermain maka penerapannya bagi penyandang ADHD memerlukan batasan-batasan yang lebih spesifik, disesuaikan dengan karakteristik penyandang ADHD sendiri. Pada anak penyandang ADHD, terapi bermain dapat dilakukan untuk membantu mengendalikan aktivitas yang berlebihan (hiperaktivitas), melatih kemampuan mempertahankan perhatian pada objek tertentu, mengembangkan ketrampilan menunggu giliran, dan mengendalikan tingkat agresivitas. Tentu saja pemberian terapi perilaku ini akan kurang efektif tanpa dibarengi dengan tritmen yang berupa obat-obatan yang membantu untuk mengendalikan agresivitas, memberikan ketenangan kepada anak, dan mengurangi kecemasan. Pada prinsipnya terapi bermain digunakan untuk menjadi media bagi anak untuk: mengalihkan perhatiannya dari aktivitas

yang berlebihan namun tidak bermanfaat, melatih anak melakukan tugas satu persatu, melatih anak menunggu giliran, dan mengalihkan sasaran agresivitas.

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam pemberian terapi bermain bagi anak ADHD adalah:

- 1) Tujuan dan target setiap sesi terapi bermain harus spesifik berdasarkan kondisi dan ketrampilan anak, dilakukan dengan bertahap, terstruktur dan konsistensi. Salah satu yang perlu diperhatikan pada anak ADHD adalah sensitivitas mereka terhadap perubahan sehingga kita harus membantu menciptakan sesuatu yang rutin untuk mereka. Dalam hal ini konsistensi yang dapat diciptakan terapis misalnya dalam hal waktu, aturan bermain, tempat, dan jumlah alat permainan. Pemilihan ini harus didasarkan pada kondisi anak dan target perilaku yang dituju.
- 2) Permainan yang digunakan harus dipecah-pecah menjadi komponen-komponen kecil yang diajarkan satu persatu dengan tahap dan cara yang sama. Mereka selalu sulit mengorganisasikan waktu sehingga kita harus membantu untuk memecah-mecah tugas menjadi komponen-komponen kecil yang sederhana. Misalnya: acara menggambar di bagi dalam kegiatan mengambil kertas, mengambil pensil, mengambil crayon, dst.
- 3) Terapi diberikan dalam beberapa tahap, pertama dengan satu anak satu terapis dalam tempat terapi khusus, kemudian perlahan-lahan anak akan dilibatkan dalam permainan bersama anak lain (sebaiknya yang tidak ADHD), dan jika sudah memungkinkan maka anak dilibatkan dalam kelompok yang lebih besar. Permainan sosial ini harus dirancang terapis dan orang tua untuk membantu anak mengembangkan ketrampilan bersosialisasi.
- 4) Terapi bagi anak penyandang ADHD tidak dapat dilakukan hanya dengan terapi tunggal. Mengingat bahwa gangguannya berkaitan dengan sirkuit di dalam otak, maka terapi bermain sebaiknya dilakukan bersama-sama dengan terapi yang lain, yaitu terapi farmakologi. Rencana program terapi yang dijalankan pun harus disusun dengan terpadu dan terstruktur dengan baik, begitu juga proses evaluasinya.
- 5) Terapi bermain ini harus dilakukan oleh tenaga terapis yang sudah terlatih dan betul-betul mencintai dunia anak dan pekerjaannya. Hal ini terlebih pada



penyandang ADHD karena menangani anak ADHD memerlukan kesabaran dan keteguhan hati yang tinggi. Jika pada anak non ADHD target perubahan perilaku yang dibuat mungkin dapat dicapai dengan cepat dan lebih mudah, maka bagi penyandang ADHD untuk mengendalikan perilaku mereka saja mungkin sulit.

- 6) Keberhasilan program terapi bermain sangat ditentukan oleh bagus tidaknya kerja sama terapis dengan orang tua dan orang-orang lain yang terlibat dalam pengasuhan anak sehari-hari. Hal ini berkaitan dengan proses transfer ketrampilan yang sudah diperoleh selama terapi yang harus terus dipelihara dan ditingkatkan dalam kehidupan di luar program terapi.
- 7) Jika secara umum terapi bermain memberikan kebebasan kepada anak untuk berekspresi dan eksplorasi, maka pada anak ADHD hal ini justru akan digunakan untuk memperkenalkan aturan-aturan dan mengendalikan perilaku.
- 8) Terapi bermain bagi penyandang ADHD dapat ditujukan untuk meminimalkan/menghilangkan perilaku agresif, perilaku menyakiti diri sendiri, dan menghilangkan perilaku berlebihan yang tidak bermanfaat. Hal ini dapat dilakukan dengan melatih gerakan-gerakan tertentu kepada anak, misalnya tepuk tangan, merentangkan tangan, menyusun balok, bermain palu dan pasak, dan alat bermain yang lain. Dengan mengenalkan gerakan yang lain dan berbagai alat bermain yang dapat digunakan maka diharapkan dapat digunakan untuk mengalihkan agresivitas yang muncul, juga jika anak sering berlarian tak bertujuan. Mengenalkan anak pada permainan konstruktif seperti menyusun balok juga akan membantu anak mengenal urutan dan membantu mengembangkan ketrampilan motorik (Schaefer, et al., 1991).

#### **D. Tindakan Bagi Anak ADHD**

Sampai saat ini belum ada obat yang dapat menyembuhkan ADHD, namun telah tersedia beberapa pilihan tindakan yang telah terbukti efektif untuk menangani anak-anak dengan gejala ADHD. Strategi penanganan tersebut melibatkan aspek farmasi, perilaku, dan metode multimodal. Metode perubahan perilaku bertujuan untuk memodifikasi lingkungan fisik dan sosial anak untuk mendukung perubahan perilaku (AAP, 2001). Pihak yang dilibatkan biasanya adalah orang tua, guru, psikolog, terapis kesehatan mental, dan dokter. Tipe

pendekatan perlakuan meliputi training perilaku untuk guru dan orang tua, program yang sistematis untuk anak (penguatan positif dan token economy), terapi perilaku klinis (training pemecahan masalah dan ketrampilan sosial), dan tritmen kognitif-perilaku/CBT (monitoring diri, self-reinforcement, instruksi verbal untuk diri sendiri, dan lain-lain). Metode farmasi meliputi penggunaan psikostimulan, antidepresan, obat untuk cemas, antipsikotik, dan stabilisator suasana hati (NIMH, 2000). Harus diperhatikan bahwa penggunaan obat-obatan ini harus dibawah pengawasan ketat dokter dan ahli farmasi yang terus-menerus melakukan evaluasi terhadap efektivitas penggunaan dan dampaknya terhadap subjek tertentu. Beberapa penelitian terakhir membuktikan bahwa cara terbaik untuk menangani anak ADHD adalah dengan mengkombinasikan beberapa pendekatan dan metode penanganan. Penelitian yang dilakukan NIMH terhadap 579 anak ADHD menunjukkan bahwa kombinasi terapi obat dan perilaku lebih efektif dibandingkan jika digunakan sendiri-sendiri. Tritmen multimodal khususnya efektif untuk meningkatkan ketrampilan sosial pada anak-anak ADHD yang diikuti gejala kecemasan atau depresi. Ternyata dosis obat yang digunakan lebih rendah jika diikuti dengan terapi perilaku daripada jika diberikan tanpa terapi perilaku (Schaefer, et al., 1991).

#### **E. Terapi “Back In Control” (Bic).**

Program terapi “Back in Control” dikembangkan oleh Gregory Bodenhamer. Program terapi ini unik karena dikatakan lebih baik daripada intervensi reward/punishment bagi anak-anak dengan ADHD. Program ini berbasis kepada sistem yang berdasar pada aturan, jadi tidak tergantung pada keinginan anak untuk patuh. Jadi, program ini lebih kepada sistem training bagi orang tua yang kemudian diharapkan dapat menciptakan sistem tata aturan yang berlaku di rumah sehingga dapat merubah perilaku anak. Demi efektivitas program, maka nantinya orang tua akan bekerja sama dengan pihak sekolah untuk melakukan proses yang sama bagi anaknya, ketika dia di sekolah. Orang tua harus selalu melakukan monitoring dan evaluasi secara berkelanjutan dan konsisten atas program yang dijalankan. Begitu juga ketika program ini dilaksanakan bersama-sama dengan pihak sekolah maka orang tua sangat memerlukan keterlibatan guru

dan petugas di sekolah untuk melakukan proses monitoring dan evaluasi. Dalam program ini, tugas orang tua adalah:

- a) Orang tua mendefinisikan aturan secara jelas dan tepat (kita perjelas apa yang kita mau, tidak kurang tidak lebih). Kita buat aturan sejelas mungkin sehingga pengasuh pun dapat mendukung pelaksanaannya tanpa banyak penyimpangan.
- b) Jalankan aturan tersebut dengan ketat.
- c) Jangan memberi imbalan atau hukuman pada sebuah aturan. Jalankan saja.
- d) Jangan pernah berdebat dengan anak tentang sebuah aturan.

(Schaefer, et al., 1991)

### RINGKASAN

**Retardasi mental** ialah keadaan dengan intelegensia yang kurang (subnormal) sejak masa perkembangan (sejak lahir atau sejak masa anak). Biasanya terdapat perkembangan mental yang kurang secara keseluruhan, tetapi gejala utama ialah intelegensi yang terbelakang. Retardasi mental disebut juga oligofrenia (oligo = kurang atau sedikit dan fren = jiwa) atau tuma mental.

**Autisme** adalah salah satu defisit perkembangan pervasif pada awal kehidupan anak yang disebabkan oleh gangguan perkembangan otak yang ditandai dengan ciri pokok yaitu terganggunya perkembangan interaksi sosial, bahasa dan wicara, serta munculnya perilaku yang bersifat repetitif, stereotipik dan obsesif (Budiman, 1997). Autisme adalah gangguan perkembangan pervasif yang ditandai oleh adanya kelainan atau hendaya perkembangan yang muncul sebelum usia 3 tahun, dan dengan ciri kelainan fungsi dalam tiga bidang interaksi sosial, komunikasi dan perilaku yang terbatas dan berulang (Aeni dkk, 2001).

**ADHD** sering diterjemahkan dengan keadaan hiperaktivitas atau hiperkinetik. Meskipun sebenarnya hiperaktivitas merupakan gejala saja dari ADHD. Istilah hiperaktivitas dipakai untuk anak dengan kelainan perilaku. Sebenarnya anak normalpun dalam tahap perkembangan tertentu juga mengalamisemacam hiperaktivitas, tetapi istilah yang dipakai untuk anak normal adalah overaktivitas. Memang sulit untuk membedakan kedua gejala ini. Diperlukan kejelian untuk membedakan keduanya, anak hiperaktif kelihatan sibuk, terlihat bahwa bermaksud mempelajari sesuatu. Hiperaktif adalah perilaku motorik yang berlebihan. Gangguan hiperakinetik adalah gangguan pada anak yang timbul pada usia perkembangan dini (sebelum usia 7 tahun) dengan ciri utama tidak mampu memusatkan perhatian, hiperaktivitas dan impulsivitas.

### SOAL LATIHAN

1. Berikut yang tidak termasuk gangguan mental emosional pada anak adalah ...
  - a. Retardasi Mental
  - b. Attention Deficit hyperactivity Disorder (ADHD)
  - c. Gangguan inisiatif dan kemandirian
  - d. Temper Tantrum
  - e. Autisme
2. Gangguan mental emosional pada yang ditandai dengan inatensi, impulsif dan hiperaktif adalah ...
  - a. Gangguan Pemusatan perhatian dan hiperaktif (GPPH)
  - b. Gangguan Tingkah Laku
  - c. Autisme
  - d. ADHD
  - e. Retardasi Mental
3. Gejala penyimpangan perilaku yang dapat merugikan diri sendiri dan orang lain atau disebut anak nakal adalah ...
  - a. Gangguan Pemusatan perhatian dan hiperaktif (GPPH)
  - b. Gangguan Tingkah Laku
  - c. Autisme
  - d. ADHD
  - e. Retardasi Mental
4. Gangguan mental emosional pada anak yang ditandai dengan gangguan interaksi sosial, gangguan komunikasi, dan gangguan perilaku disebut ...
  - a. Gangguan Pemusatan perhatian dan hiperaktif (GPPH)
  - b. Gangguan Tingkah Laku
  - c. Autisme
  - d. ADHD
  - e. Retardasi Mental
5. Berikut yang dapat menyebabkan anak-anak mengalami gangguan terlambat bicara atau gangguan perkembangan bicara antara lain ...
  1. Gangguan fungsi pendengaran
  2. Gangguan hiperkinetik (ADHD)
  3. Retardasi Mental
  4. Autisme pada anak
6. Retardasi Mental (RM) yang ditandai dengan tingkat IQ anak 35 — 49 (kemampuan setara kelas II SD) termasuk RM adalah
  - a. Sangat ringan
  - b. Ringan
  - c. Sedang
  - d. Berat
  - e. Sangat berat



7. Berikut beberapa diagnosa keperawatan yang bisa ditegakkan karena adanya gangguan mental emosional pada anak antara lain ...
  1. Perubahan proses keluarga
  2. Perubahan pertumbuhan dan perkembangan anak
  3. HDR Kronik
  4. Potensial pertumbuhan koping keluarga
8. Berikut intervensi keperawatan pada anak yang mengalami ansietas ...
  1. Beri kesempatan berhubungan dengan orang tua sesering mungkin
  2. Beri mainan sesuai dengan usia
  3. Pindahkan anak ke ruangan yang kecil dan kosong
  4. Menggambar keluarga, rumah dan lingkungan
9. Yang merupakan tanda dan gejala anak mengalami HDR kronik antara lain ...
  1. Kontak mata kurang
  2. Menggunakan perilaku negatif untuk menarik perhatian
  3. Kurang motivasi / menarik diri
  4. Hiperaktif
10. Terapi modalitas pada anak dengan cara membaca buku serta mendiskusikan pikiran dan perasaan anak terhadap isi buku adalah ....
  - a. Therapeutik Play
  - b. Art therapy
  - c. En acting play
  - d. Bibliotherapy
  - e. Story telling

#### DAFTAR PUSTAKA

- Aeni, dkk., 2001. *Gangguan Perkembangan Pervasif: Ilustrasi 1 Kasus*, Jurnal Medika Nusantara., Vol : 22(2) : 347-54.
- Azrin & Fox., 1971. *Teaching Developmentally Disable Children.*, Pro-ed., Austin Texas.
- Behman, R.E and Vaughan, 2000. *Ilmu Kesehatan Anak*, editor by Nelson W.E. Alih bahasa Radja Siregar dkk, EGC, Jakarta.
- Budiman, M., 1997. *Tatalaksana Terpadu Pada Autisme*, dalam: Simposium Tatalaksana Autisme., Gangguan Perkembangan anak., Yayasan Autisme Indonesia., Jakarta
- Caine, M. R., and Patricia M.B, 1997. *Nursing Care Planning For Children*, Williams and Wilkins, United State Of America.
- Campbell, M., shay dkk., 1983. *Pervassif Development Disorder.*, Comprehensive Text Book of Psychiatry., 2277-2293
- Courchesne., 1991. *Gangguan Perkembangan Pervasif: Ilustrasi 1 kasus*, jurnal Medika Nusantara., Vol : 22(2) : 347-54
- Edelson, S., 1997., *Menangani Anak Autisme.*, Nakita. ,2002. *Panduan Tumbuh Kembang*, jurnal Medika Nusantara., Vol : 30

- Giangreco, M., Edelman, S., Luiselli, T., and MacFarland, S., 1997. *Helping or hovering ? Effects of instructional assistant proximity on student with disabilities.*, *Exceptional Children.*, 64., No.1., 7-18
- Hartono., *Infantil Autism.*, Majalah Medical Indonesia., Edisi V., 1998., Yayasan Autisme Indonesia., Jakarta
- Kaplan, H.S., Saddock, B.J., Greb, J.A., 1994. *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences.*, Clinical Psychiatry Refford DC (Ed). Williams & Wilkins., Baltimore
- Kozier, B. et al., 1997. *Fundamental Of Nursing.* Addison-Wesley Publishing Company, Health Science Division, California.
- Kozier, B. et al., 1998. *Concept And Issues In Nursing.* Addison-Wesley Publishing Company, Health Science Division, California
- Kozier, B. et al., 1998. *Techniques In Clinical Nursing.* Addison-Wesley Publishing Company, Health Science Division, California.
- Lensing, dkk., 1995. *Gangguan Perkembangan Pervassif.*, Ilustrasi 1 Kasus, *Jurnal Medika Nusantara.*, vol:22(2):347-54
- Leventhal, dkk., 1993. *Gangguan Perkembangan Pervassif.*, Ilustrasi 1 Kasus, *Jurnal Medika Nusantara.*, Vol:22(2):347-54
- Lovass, O.I, dkk., 1996. *Teaching Developmentally Disable Children.*, Pro-ed Austin., Texas
- Lumbantobing, S.M., 2001. *Anak Dengan Mental Terbelakang.*, Balai Penerbit Fakultas kedokteran Indonesia
- Nakita, 2002. *Panduan Tumbuh Kembang.* jurnal Medika Nusantara., Vol : 30
- Nakita, 2002. *Mengenal Autisme.*, Vol: 30 Anonim., <http://www.smartschool.com>
- Anonim., *Autisme.*, <http://www.medicastore.com> Anonim., *Autisme bisa disembuhkan, kenyataan dan harapan.*, <http://www.peduliautisme.com>.
- Narendra, M.B. dkk., 2002. *Tumbuh Kembang Anak Dan Remaja.*, Ikatan Dokter Anak Indonesia, PT Sagung Seto, Surabaya.
- Newson, dkk., 1998. *Long-term Outcome For Children With Autisme Who Received Early/Intensive Behavioral Treatment.*, University of California., Los Angeles
- Rapin, I., *Autistic Spectrum Disorder Across The Life Span.*, AAN., 2001
- Soemarno., 1992. *Gangguan Autisme.*, Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran., Universitas Gadjah Mada
- Soetjingsih, 2000. *Tumbuh Kembang Anak*, editor IG. N. Gde Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Staf Pengajar IKA FKUA, 1999. *Ilmu Kesehatan Anak*, Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya
- Staf Pengajar IKA FKUI, 1999. *Ilmu Kesehatan Anak*, Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta
- Sutadi, R., 1997. *Tatalaksana Perilaku Pada Penyandang Autisme.*, Yayasan Autisme Indonesia., Jakarta
- Suzi., & Kaufman., 1998. *Menangani Anak Autis.*, Panduan Tumbuh Kembang Balita.

## BAB 9

### ASUHAN KEPERAWATAN UPAYA BUNUH DIRI

<b>STANDAR KOMPETENSI</b>	: Mengidentifikasi asuhan keperawatan jiwa upaya bunuh diri yang sesuai dengan konsep dasar bunuh diri meliputi: definisi, masalah upaya bunuh diri, penyebab, faktor yang mempengaruhi bunuh diri, yang terdiri dari 5 tahap proses asuhan keperawatan upaya bunuh diri.
<b>KOMPETENSI DASAR</b>	: Mengidentifikasi Keperawatan Upaya Bunuh Diri
<b>INDIKATOR</b>	: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mahasiswa dapat menyebutkan definisi Bunuh Diri (C1, A1)</li> <li>2. Mahasiswa dapat menyebutkan masalah Bunuh Diri (C1, A1)</li> <li>3. Mahasiswa dapat menyebutkan penyebab Bunuh Diri (C1, A1)</li> <li>4. Mahasiswa dapat menyebutkan faktor-faktor yang mempengaruhi Bunuh Diri (C1, A1)</li> <li>5. Mahasiswa dapat menjelaskan keperawatan pada upaya Bunuh Diri yang sesuai dengan prinsip 5 tahap proses asuhan keperawatan: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (C2, A2)</li> <li>6. Mahasiswa dapat menjelaskan modul keperawatan pada upaya Bunuh Diri yang sesuai dengan prinsip 5 tahap proses asuhan keperawatan: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi (C2, A2)</li> </ol>
<b>MATERI POKOK</b>	: <b>KEPERAWATAN UPAYA BUNUH DIRI</b>

## **BAB 9**

### **ASUHAN KEPERAWATAN UPAYA BUNUH DIRI**

#### **A. KONSEP DASAR BUNUH DIRI**

Pasien dengan gangguan mood seringkali memunculkan pemikiran atau usaha bunuh diri. Diperkirakan sekitar 15% orang yang didiagnosa gangguan depresi mayor melakukan usaha bunuh diri (Maris et al., 1992, dalam Davison, Neale, & Kring, 2004).

##### **1. DEFINISI BUNUH DIRI**

Definisi suatu upaya yang disadari dan bertujuan untuk mengakhiri kehidupan individu secara sadar berhasrat dan berupaya melaksanakan hasratnya untuk mati. Perilaku bunuh diri meliputi isyarat-isyarat, percobaan atau ancaman verbal, yang akan mengakibatkan kematian, luka atau menyakiti diri sendiri (Davison, Neale, & Kring, 2004).

##### **2. BUNUH DIRI SEBAGAI MASALAH DUNIA**

Pada laki-laki tiga kali lebih sering melakukan bunuh diri daripada wanita, karena laki-laki lebih sering menggunakan alat yang lebih efektif untuk bunuh diri, antara lain dengan pistol, menggantung diri, atau lompat dari gedung yang tinggi, sedangkan wanita lebih sering menggunakan zat psikoaktif overdosis atau racun, namun sekarang mereka lebih sering menggunakan pistol. Selain itu wanita lebih sering memilih cara menyelamatkan dirinya sendiri atau diselamatkan orang lain. Data dari Badan Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2003 mengungkapkan bahwa satu juta orang bunuh diri dalam setiap tahunnya atau setiap 40 detik, bunuh diri juga satu dari tiga penyebab utama kematian pada usia 15-34 tahun, selain karena faktor kecelakaan. Pada umumnya tindakan bunuh diri merupakan cara ekspresi orang yang penuh stress Perilaku bunuh diri berkembang dalam rentang (Davison, Neale, & Kring, 2004) diantaranya:

- 1. *Suicidal ideation*,** Pada tahap ini merupakan proses kontemplasi dari suicide, atau sebuah metoda yang digunakan tanpa melakukan aksi/ tindakan, bahkan klien pada tahap ini tidak akan mengungkapkan idenya apabila tidak ditekan.



Walaupun demikian, perawat perlu menyadari bahwa pasien pada tahap ini memiliki pikiran tentang keinginan untuk mati

2. ***Suicidal intent***, Pada tahap ini klien mulai berpikir dan sudah melakukan perencanaan yang konkrit untuk melakukan bunuh diri,
3. ***Suicidal threat***, Pada tahap ini klien mengekspresikan adanya keinginan dan hasrat yang dalam, bahkan ancaman untuk mengakhiri hidupnya.
4. ***Suicidal gesture***, Pada tahap ini klien menunjukkan perilaku destruktif yang diarahkan pada diri sendiri yang bertujuan tidak hanya mengancam kehidupannya tetapi sudah pada percobaan untuk melakukan bunuh diri. Tindakan yang dilakukan pada fase ini pada umumnya tidak mematikan, misalnya meminum beberapa pil atau menyayat pembuluh darah pada lengannya. Hal ini terjadi karena individu memahami ambivalen antara mati dan hidup dan tidak berencana untuk mati. Individu ini masih memiliki kemauan untuk hidup, ingin diselamatkan, dan individu ini sedang mengalami konflik mental. Tahap ini sering dinamakan "*Crying for help*" sebab individu ini sedang berjuang dengan stress yang tidak mampu diselesaikan.
5. ***Suicidal attempt***, Pada tahap ini perilaku destruktif klien yang mempunyai indikasi individu ingin mati dan tidak mau diselamatkan misalnya minum obat yang mematikan walaupun demikian banyak individu masih mengalami ambivalen akan kehidupannya (Davison, Neale, & Kring, 2004).

#### **Berbagai Sudut Pandang Mengenai Bunuh Diri:**

- a) ***Sudut Pandang Psikologis***, Freud memandang bunuh diri menampilkan agresi yang diarahkan ke dalam diri seseorang akibat kehilangan seseorang yang dicintai dan dibenci. Semakin kuat perasaan tersebut, maka seseorang akan semakin mungkin melakukan bunuh diri.
- b) ***Sudut Pandang Sosiologis***, Emile Durkheim 1897, 1951, (dalam Davison, Neale, & Kring, 2004) menggolongkan 3 kategori bunuh diri, yaitu: 1) Egoistik, yaitu bunuh diri yang terjadi pada mereka yang tidak terintegrasi kuat pada berbagai kelompok sosial, kurang memperoleh dukungan sosial, 2) Altruistik, yaitu bunuh diri yang dilakukan karena integrasi yang berlebihan terhadap suatu kelompok dan bunuh diri merupakan upaya untuk menumbuhkan integrasi kelompok, dan 3) Anomik, yaitu bunuh diri yang

dilakukan oleh orang yang integrasinya dengan masyarakat terganggu, sehingga tidak mampu menampilkan perilaku yang sesuai dengan norma masyarakat.

**c) Sudut Pandang Biologis,** Usaha untuk bunuh diri dapat disebabkan oleh kurangnya serotonin pada pasien depresi.

**d) Pendekatan Shneidman Mengenai Bunuh Diri,** Shneidman telah membuat daftar mengenai 10 karakteristik umum dari bunuh diri, namun tidak semua ditemukan dalam setiap kasus dan semua kasus. Pandangannya mengenai bunuh diri berdasarkan bahwa seseorang secara sadar berusaha untuk menemukan solusi dari masalahnya yang telah menyebabkan penderitaan. Semua harapan dan tindakan konstruktif telah menghilang. Menurutny, seseorang yang merencanakan bunuh diri biasanya mengkomunikasikan niatnya tersebut, terkadang merangis untuk meminta bantuan, terkadang menarik diri dari orang lain. Berikut ini adalah **10 karakteristik dari bunuh diri** (Davison, Neale, & Kring, 2004) adalah sebagai berikut:

1. Fungsi umum dari bunuh diri adalah untuk mencari solusi.
2. Tujuan umum dari bunuh diri adalah penghentian kesadaran.
3. Stimulus umum dalam bunuh diri adalah penderitaan psikologis yang tidak tertahankan.
4. Stressor umum dalam bunuh diri adalah frustrasi kebutuhan psikologis.
5. Emosi umum dalam bunuh diri berkaitan dengan hopelessness-helplessness.
6. Cognitive state umum dalam bunuh diri adalah ambivalen.
7. Perceptual state umum dalam bunuh diri adalah sempit.
8. Tindakan umum dari bunuh diri adalah egression.
9. Tindakan interpersonal umum dalam bunuh diri adalah komunikasi mengenai intensi.
10. Konsistensi umum mengenai bunuh diri adalah dengan pola coping seumur hidup.

#### **Prediksi Mengenai Bunuh Diri Melalui Tes Psikologis:**

Beberapa penelitian menemukan bahwa rasa putus asa merupakan prediktor yang kuat dari bunuh diri (Beck, 1986b; Beck, et al., 1985, 1990, dalam

Davison, Neale, & Kring, 2004) bahkan lebih kuat dari depresi (Beck, Kovacs, & Weissman, 1975, dalam Davison, Neale, & Kring, 2004). Penelitian juga menunjukkan bahwa seseorang dengan ketidakpuasan yang tinggi dengan kehidupannya cenderung memiliki usaha untuk bunuh diri. Penelitian lainnya menemukan bahwa individu yang bunuh diri lebih kaku dalam mendekati masalah yang dialaminya dan kurang memiliki pemikiran yang fleksibel (Levenson, 1972, dalam Davison, Neale, & Kring, 2004). Penelitian yang melibatkan orang yang tidak pernah berusaha untuk bunuh diri, orang yang usaha bunuh dirinya tidak menyebabkan cedera yang serius dikaitkan dengan low-lethal, dan orang yang usaha bunuh dirinya mendekati kematian dikaitkan dengan high-lethal, menemukan bahwa orang depresi yang pernah melakukan usaha bunuh diri khususnya terkait dengan high-lethal, lebih memiliki keterbatasan dalam membuat rencana, menyelesaikan masalah, membuat keputusan, dibandingkan dengan dua orang lainnya.

**Pencegahan Bunuh Diri.** Beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mencegah bunuh diri adalah dengan memberikan treatment yang tepat pada mereka yang mengalami gangguan mental, meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah dan mengontrol emosi. Selain itu, terapis juga dapat menciptakan hubungan empati atau terapeutik yang melibatkan kepercayaan dan harapan. Adanya fasilitas pusat atau komunitas pencegahan bunuh diri juga dapat membantu, karena biasanya seseorang yang ingin bunuh diri memberikan peringatan atau meminta bantuan sebelum menjalankan usahanya (Davison, Neale, & Kring, 2004).

### **3. PENYEBAB BUNUH DIRI**

1. **Faktor genetic dan teori biologi.** Faktor genetic mempengaruhi terjadinya resiko bunuh diri pada keturunannya. Disamping itu adanya penurunan serotonin dapat menyebabkan depresi yang berkontribusi terjadinya resiko bunuh diri.
2. **Teori sosiologi.** Emile Durkheim membagi suicide dalam 3 kategori yaitu: *Egoistik* (orang yang tidak terintegrasi pada kelompok social), *altruistik* (melakukan suicide untuk kebaikan masyarakat) dan *anomic* (suicide karena



kesulitan dalam berhubungan dengan orang lain dan beradaptasi dengan stressor).

3. **Teori psikologi**, Sigmund Freud dan Karl Menninger meyakini bahwa bunuh diri merupakan hasil dari marah yang diarahkan pada diri sendiri.
4. **Penyebab lain adalah:**
  - a) Adanya harapan untuk reuni dan fantasi
  - b) Merupakan jalan untuk mengakhiri keputusasaan dan ketidakberdayaan
  - c) Tangisan untuk minta bantuan
  - d) Sebuah tindakan untuk menyelamatkan muka dan mencari kehidupan yang lebih baik (Davison, Neale, & Kring, 2004).

#### **4. FAKTOR YANG BERKONTRIBUSI UPAYA BUNUH DIRI**

Keluarga dan lingkungan terdekat menjadi pilar utama yang bertanggung jawab dalam upaya bunuh diri pada anak dan remaja, pernyataan ini ditunjang oleh teori *Fygotsky* bahwa lingkungan terdekat anak berkontribusi dalam membentuk karakter kepribadian anak, menurut Stuart Sundeen jenis kepribadian yang paling sering melakukan bunuh diri adalah tipe agresif, bermusuhan, putus asa, harga diri rendah dan kepribadian antisocial. Anak akan lebih besar melakukan upaya bunuh diri bila berasal dari keluarga yang menerapkan pola asuh otoriter atau keluarga yang pernah melakukan bunuh diri, gangguan emosi dan keluarga dengan alkoholisme.

Faktor lainnya adalah riwayat psikososial seperti orangtua yang bercerai, putus hubungan, kehilangan pekerjaan atau stress multiple seperti pindah, kehilangan dan penyakit kronik kumpulan stressor tersebut terakumulasi dalam bentuk coping yang kurang konstruktif, anak akan mudah mengambil jalan pintas karena tidak ada lagi tempat yang memberinya rasa aman, menurut Kaplan gangguan jiwa dan suicide pada anak dan remaja akan muncul bila stressor lingkungan menyebabkan kecemasan meningkat (Davison, Neale, & Kring, 2004).



## **B. ASUHAN KEPERAWATAN PADA UPAYA BUNUH DIRI**

Dalam melakukan asuhan keperawatan klien resiko bunuh diri, perawat perlu memahami tahapan dalam proses keperawatan dan petunjuk dalam melakukan wawancara dengan pasien dan keluarga untuk mendapatkan data yang akurat. (Yosef, 2007).

### **1. PENGKAJIAN**

#### **a. Lingkungan dan upaya bunuh diri**

Perawat perlu mengkaji peristiwa yang menghina atau menyakitkan, upaya persiapan, ungkapan verbal, catatan, lukisan, memberikan benda yang berharga, obat, penggunaan kekerasan, racun.

#### **b. Gejala**

Perawat mencatat adanya keputusan, celan terhadap diri sendiri, perasaan gagal dan tidak berharga, alam perasaan depresi, agitasi, gelisah, insomnia menetap, berat badan menurun, bicara lamban, kelelahan, withdrawal.

#### **c. Penyakit psikiatrik**

Upaya bunuh diri sebelumnya, kelainan afektif, zat adiktif, depresi remaja, gangguan mental lansia.

#### **d. Riwayat psikososial**

Berceraai, putus hubungan, kehilangan pekerjaan, stress multiple (pindah, kehilangan, putus hubungan, masalah sekolah, krisis disiplin, penyakit kronik.

#### **e. Faktor kepribadian**

Impulsive, agresif, bermusuhan, kognisi negative dan kakuk, putus asa, harga diri rendah, antisocial.

#### **f. Riwayat keluarga**

Riwayat bunuh diri, gangguan afektif, alkoholisme.

Sebagai perawat perlu mempertimbangkan pasien memiliki resiko apabila menunjukkan perilaku sebagai berikut: Menyatakan pikiran, harapan dan perencanaan tentang bunuh diri. Memiliki riwayat satu kali atau lebih melakukan percobaan bunuh diri. Memiliki keluarga yang memiliki riwayat bunuh diri. Mengalami depresi, cemas dan perasaan putus asa. Memiliki gangguan jiwa kronik atau riwayat penyakit mental. Mengalami penyalahgunaan NAPZA terutama

alkohol. Menderita penyakit fisik yang prognosisnya kurang baik. Menunjukkan impulsivitas dan agresif. Sedang mengalami kehilangan yang cukup significant atau kehilangan yang bertubi-tubi dan secara bersamaan:

1. Mempunyai akses terkait metode untuk melakukan bunuh diri misal pistol, obat, racun.
2. Merasa ambivalen tentang pengobatan dan tidak kooperatif dengan pengobatan
3. Merasa kesepian dan kurangnya dukungan sosial

Banyak instrument yang bisa dipakai untuk menentukan resiko klien melakukan bunuh diri diantaranya dengan **SAD PERSONS**

NO	SAD PERSONS	Keterangan
1	Sex (jenis kelamin)	Laki laki lebih komit melakukan suicide 3 kali lebih tinggi dibanding wanita, meskipun wanita lebih sering 3 kali dibanding laki laki melakukan percobaan bunuh diri
2	Age (umur)	Kelompok resiko tinggi : umur 19 tahun atau lebih muda, 45 tahun atau lebih tua dan khususnya umur 65 tahun lebih
3	Depression	35 – 79% oran yang melakukan bunuh diri mengalami sindrome depresi.
4	Previous attempts (Percobaan sebelumnya)	65- 70% orang yang melakukan bunuh diri sudah pernah melakukan percobaan sebelumnya
5	ETOH (alkohol)	65 % orang yang suicide adalah orang menyalahgunakan alcohol
6	Rational thinking Loss (Kehilangan berpikir rasional)	Orang skizofrenia dan dementia lebih sering melakukan bunuh diri dibanding general populasi
7	Sosial support lacking (Kurang dukungan social)	Orang yang melakukan bunuh diri biasanya kurannya dukungan dari teman dan saudara, pekerjaan yang bermakna serta dukungan spiritual keagamaan
8	Organized plan (perencanaan yang terorganisasi)	Adanya perencanaan yang spesifik terhadap bunuh diri merupakan resiko tinggi
9	No spouse (Tidak memiliki pasangan)	Orang duda, janda, single adalah lebih rentang dibanding menikah
10	Sickness	Orang berpenyakit kronik dan terminal beresiko tinggi melakukan bunuh diri.

Dalam melakukan pengkajian klien resiko bunuh diri, perawat perlu memahami petunjuk dalam melakukan wawancara dengan pasien dan keluarga untuk mendapatkan data yang akurat. Hal – hal yang harus diperhatikan dalam melakukan wawancara adalah:

1. **Tentukan tujuan secara jelas.** Dalam melakukan wawancara, perawat tidak melakukan diskusi secara acak, namun demikian perawat perlu melakukannya wawancara yang fokus pada investigasi depresi dan pikiran yang berhubungan dengan bunuh diri.
2. **Perhatikan signal / tanda** yang tidak disampaikan namun mampu diobservasi dari komunikasi non verbal. Hal ini perawat tetap memperhatikan indikasi terhadap kecemasan dan distress yang berat serta topic dan ekspresi dari diri klien yang di hindari atau diabaikan.
3. **Kenali diri sendiri.** Monitor dan kenali reaksi diri dalam merespon klien, karena hal ini akan mempengaruhi penilaian profesional.
4. **Jangan terlalu tergesa-gesa** dalam melakukan wawancara. Hal ini perlu membangun hubungan terapeutik yang saling percaya antara perawat dan klien.
5. **Jangan membuat asumsi,** Jangan membuat asumsi tentang pengalaman masa lalu individu mempengaruhi emosional klien.
6. **Jangan menghakimi,** karena apabila membiarkan penilaian pribadi akan membuat kabur penilaian profesional.

**Data Yang Perlu Dikumpulkan Saat Pengkajian:**

Riwayat masa lalu	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Riwayat percobaan bunuh diri dan mutilasi diri</li> <li>b. Riwayat keluarga terhadap bunuh diri</li> <li>c. Riwayat gangguan mood, penyalahgunaan NAPZA dan skizofrenia</li> <li>d. Riwayat penyakit fisik yang kronik, nyeri kronik.</li> <li>e. Klien yang memiliki riwayat gangguan kepribadian borderline, paranoid, antisosial</li> <li>f. Klien yang sedang mengalami kehilangan dan proses berduka</li> </ul>
Symptom yang menyertainya	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Apakah klien mengalami: Ide bunuh diri <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ancaman bunuh diri</li> <li>2. Percobaan bunuh diri</li> <li>3. Sindrome mencederai diri sendiri yang disengaja</li> </ul> </li> <li>b. Derajat yang tinggi terhadap keputusan, ketidakberdayaan dan anhedonia dimana hal ini</li> </ul>

	merupakan faktor krusial terkait dengan resiko bunuh diri.
c.	<p>Bila individu menyatakan memiliki rencana bagaimana untuk membunuh diri mereka sendiri. Perlu dilakukan penkajian lebih mendalam lagi diantaranya :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cari tahu rencana apa yang sudah di rencanakan</li> <li>2. Menentukan seberapa jauh klien sudah melakukan aksinya atau perencanaan untuk melakukan aksinya yang sesuai dengan rencananya.</li> <li>3. Menentukan seberapa banyak waktu yang di pakai pasien untuk merencanakan dan mengagas akan suicide</li> <li>4. Menentukan bagaimana metoda yang mematikan itu mampu diakses oleh klien.</li> </ol>
d.	<p>Hal-hal yang perlu diperhatikan didalam melakukan pengkajian tentang riwayat kesehatan mental klien yang mengalami resiko bunuh diri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menciptakan hubungan saling percaya yang terapeutik</li> <li>2. Memilih tempat yang tenang dan menjaga privacy klien</li> <li>3. Mempertahankan ketenangan, suara yang tidak mengancam dan mendorong komunikasi terbuka.</li> <li>4. Menentukan keluhan utama klien dengan menggunakan kata – kata yang dimengerti klien</li> <li>5. Mendiskusikan gangguan jiwa sebelumnya dan riwayat pengobatannya</li> <li>6. Mendapatkan data tentang demografi dan social ekonomi</li> <li>7. Mendiskusikan keyakinan budaya dan keagamaan</li> <li>8. Peroleh riwayat penyakit fisik klien</li> </ol>

## 2 . DIAGNOSA KEPERAWATAN

Resiko tinggi mutilasi diri/kekerasan pada diri sendiri sehubungan dengan takut terhadap penolakan, alam perasaan yang tertekan, reaksi kemarahan, ketidakmampuan mengungkapkan perasaan secara verbal, ancaman harga diri karena malu, kehilangan pekerjaan dan sebagainya. **Sasaran jangka pendek:** klien akan mencari bantuan staf bila ada perasaan ingin mencederai diri, **Sasaran jangka panjang:** klien tidak akan mencederai diri



### 3. INTERVENSI

- a. **Listening, kontrak, kolaborasi dengan keluarga** Klien bisa ditolong dengan terapi dan mencoba untuk mengungkapkan perasaannya, berikan dukungan agar dia tabah dan tetap berpandangan bahwa hidup ini bermanfaat. Buatlah lingkungannya seaman mungkin dan jauhkanlah dari alat-alat yang bisa digunakan untuk bunuh diri.
- b. **Pahami persoalan dari kacamata mereka** Harus dihadapi dengan sikap menerima, sabar, dan empati. Perawat berupaya agar tidak bersikap memvonis, memojokkan, apalagi menghakimi mereka yang punya niat bunuh diri. Pada saat sedang menderita ia membutuhkan bantuan orang lain, ia butuh ventilasi untuk mengalirkan perasaan dan masalahnya. Namun ia biasanya takut untuk mencari pertolongan.
- c. **Pentingnya partisipasi masyarakat** Gangguan kejiwaan biasanya bisa sembuh hanya perlu terus dievaluasi karena sewaktu-waktu bisa kambuh, dalam hal ini dukungan keluarga sangat penting untuk upaya penyembuhan klien, keluarga perlu didukung masyarakat sekitarnya agar klien gangguan jiwa dianggap sama dengan penyakit-penyakit fisik lainnya.
- d. **Express feeling** Perlu ada dukungan dari lingkungan seperti sharing atau curhat sehingga membantu meringankan beban yang menerpa, selain mengontrol emosi, lebih mendekatkan diri kepada yang maha kuasa.
- e. **Lakukan implementasi khusus**, seperti menjauhkan benda-benda berbahaya dari lingkungan klien, dan mengobservasi perilaku yang berisiko untuk bunuh diri.

**Tujuan:** Klien tidak melakukan percobaan bunuh diri

#### **Indikator:**

1. Menyatakan harapannya untuk hidup
2. Menyatakan perasaan marah, kesepian dan keputusasaan secara asertif.
3. Mengidentifikasi orang lain sebagai sumber dukungan bila pikiran bunuh diri muncul.
4. Mengidentifikasi alternatif mekanisme coping



### Aktivitas Keperawatan Secara Umum:

Bantu klien untuk menurunkan resiko perilaku destruktif yang diarahkan pada diri sendiri, dengan cara :	<p>a. Kaji tingkatan resiko yang di alami pasien: tinggi, sedang, rendah.</p> <p>b. Kaji level Long-Term Risk yang meliputi: Life style/gaya hidup, dukungan social yang tersedia, rencana tindakan yang bisa mengancam kehidupannya, koping mekanisme yang biasa digunakan.</p>
Berikan lingkungan yang aman (safety) berdasarkan tingkatan resiko, manajemen untuk klien yang memiliki resiko tinggi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orang yang ingin suicide dalam kondisi akut seharusnya ditempatkan didekat ruang perawatan yang mudah di monitor oleh perawat.</li> <li>2. Mengidentifikasi dan mengamankan benda – benda yang dapat membahayakan klien misalnya: pisau, gunting, tas plastic, kabel listrik, sabuk, hanger dan barang berbahaya lainnya.</li> <li>3. Membuat kontrak baik lisan maupun tertulis dengan perawat untuk tidak melakukan tindakan yang mencederai diri Misalnya: "Saya tidak akan mencederai diri saya selama di RS dan apabila muncul ide untuk mencederai diri akan bercerita terhadap perawat."</li> <li>4. Makanan seharusnya diberikan pada area yang mampu disupervisi dengan catatan : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Yakinkan intake makanan dan cairan adekuat</li> <li>b. Gunakan piring plastik atau kardus bila memungkinkan.</li> <li>c. Cek dan yakinkan kalau semua barang yang digunakan pasien kembali pada tempatnya.</li> </ol> </li> <li>5. Ketika memberikan obat oral, cek dan yakinkan bahwa semua obat diminum.</li> <li>6. Rancang anggota tim perawat untuk memonitor secara kontinyu.</li> <li>7. Batasi orang dalam ruangan klien dan perlu adanya penurunan stimuli.</li> <li>8. Instruksikan pengunjung untuk membantasi barang bawaan (yakinkan untuk tidak memberikan makanan dalam tas plastik)</li> <li>9. Pasien yang masih akut diharuskan untuk selalu memakai pakaian rumah sakit.</li> <li>10. Melakukan seklusi dan restrain bagi pasien bila sangat diperlukan</li> <li>11. Ketika pasien sedang diobservasi, seharusnya tidak menggunakan pakaian yang</li> </ol>

	<p>menutup seluruh tubuhnya. Perlu diidentifikasi keperawatan lintas budaya.</p> <p>12. Individu yang memiliki resiko tinggi mencederai diri bahkan bunuh diri perlu adanya komunikasi oral dan tertulis pada semua staf.</p>
Membantu meningkatkan harga diri klien	<ol style="list-style-type: none"> <li>Tidak menghakimi dan empati</li> <li>Mengidentifikasi aspek positif yang dimilikinya</li> <li>Mendorong berpikir positif dan berinteraksi dengan orang lain</li> <li>Berikan jadwal aktivitas harian yang terencana untuk klien dengan control impuls yang rendah</li> <li>Melakukan terapi kelompok dan terapi kognitif dan perilaku bila diindikasikan.</li> </ol>
Bantu klien untuk mengidentifikasi dan mendapatkan dukungan sosial	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informasikan kepada keluarga dan saudara klien bahwa klien membutuhkan dukungan sosial yang adekuat</li> <li>Bersama pasien menulis daftar dukungan sosial yang di punyai termasuk jejaring sosial yang bisa di akses.</li> <li>Dorong klien melakukan aktivitas sosial</li> </ol>
Membantu klien mengembangkan mekanisme koping yang positif.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mendorong ekspresi marah dan bermusuhan secara asertif</li> <li>Lakukan pembatasan pada ruminations tentang percobaan bunuh diri.</li> <li>Bantu klien untuk mengetahui faktor predisposisi ' apa yang terjadi sebelum anda memiliki pikiran bunuh diri'</li> <li>Memfasilitasi uji stress kehidupan dan mekanisme koping</li> <li>Explorasi perilaku alternative</li> <li>Gunakan modifikasi perilaku yang sesuai</li> <li>Bantu klien untuk mengidentifikasi pola pikir yang negative dan mengarahkan secara langsung untuk merubahnya yang insional.</li> </ol>
Initiate Health Teaching dan rujukan, jika diindikasikan	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan pembelajaran yang menyiapkan orang mengatasi stress (relaxation, problem-solving skills).</li> <li>Mengajari keluarga technique limit setting</li> <li>Mengajari keluarga ekspresi perasaan yang konstruktif</li> <li>Intruksikan keluarga dan orang lain untuk mengetahui peningkatan resiko : perubahan perilaku, komunikasi verbal dan nonverbal, menarik diri, tanda depresi.</li> </ol>



## **C. LAMPIRAN MODUL**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO BUNUH DIRI**

Modul ini berisi panduan agar Saudara dapat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien risiko bunuh diri. Saudara dapat mempelajari isi modul ini, mengerjakan latihan-latihan sesuai panduan, sehingga saudara mampu menangani pasien yang berisiko bunuh diri (Keliat, B.A., dan Akemat, 2009).

#### **A. Tujuan Pembelajaran**

Setelah mempelajari modul ini saudara diharapkan mampu:

1. Melakukan pengkajian pasien yang berisiko bunuh diri
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pasien risiko bunuh diri
3. Melakukan tindakan keperawatan pada pasien risiko bunuh diri
4. Melakukan tindakan keperawatan pada keluarga pasien risiko bunuh diri
5. Melakukan evaluasi kemampuan pasien dan keluarga pasien risiko bunuh diri
6. Mendokumentasikan hasil asuhan keperawatan pasien risiko bunuh diri

#### **B. Pengkajian**

Bunuh diri merupakan tindakan yang secara sadar dilakukan oleh pasien untuk mengakhiri kehidupannya. Berdasarkan besarnya kemungkinan pasien melakukan bunuh diri, kita mengenal tiga macam perilaku bunuh diri, yaitu:

##### **1. Isyarat bunuh diri**

Isyarat bunuh diri ditunjukkan dengan berperilaku secara tidak langsung ingin bunuh diri, misalnya dengan mengatakan: "Tolong jaga anak-anak karena saya akan pergi jauh!" atau "Segala sesuatu akan lebih baik tanpa saya."

Pada kondisi ini pasien mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, namun tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri. Pasien umumnya mengungkapkan perasaan seperti rasa bersalah /sedih /marah /putus asa /tidak berdaya. Pasien juga mengungkapkan hal-hal negatif tentang diri sendiri yang menggambarkan harga diri rendah

##### **2. Ancaman bunuh diri**

Ancaman bunuh diri umumnya diucapkan oleh pasien, berisi keinginan untuk mati disertai dengan rencana untuk mengakhiri kehidupan dan persiapan alat untuk melaksanakan rencana tersebut. Secara aktif pasien telah memikirkan rencana bunuh diri, namun tidak disertai dengan percobaan bunuh diri.

Walaupun dalam kondisi ini pasien belum pernah mencoba bunuh diri, pengawasan ketat harus dilakukan. Kesempatan sedikit saja dapat dimanfaatkan pasien untuk melaksanakan rencana bunuh dirinya.

##### **3. Percobaan bunuh diri**

Percobaan bunuh diri adalah tindakan pasien mencederai atau melukai diri untuk mengakhiri kehidupannya. Pada kondisi ini, pasien aktif mencoba bunuh diri dengan cara gantung diri, minum racun, memotong urat nadi, atau menjatuhkan diri dari tempat yang tinggi.



Berdasarkan jenis-jenis bunuh diri diatas dapat dilihat data-data yang harus dikaji pada tiap jenisnya. Setelah melakukan pengkajian, saudara dapat merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan tingkat risiko dilakukannya bunuh diri (lihat pembagian tiga macam perilaku bunuh diri pada halaman sebelumnya). Jika ditemukan data bahwa pasien menunjukkan isyarat bunuh diri, masalah keperawatan yang mungkin muncul adalah: Harga diri rendah. Bila saudara telah merumuskan masalah ini, maka tindakan keperawatan yang paling utama dilakukan adalah meningkatkan harga diri pasien.

### **C. Diagnosa Keperawatan**

Jika ditemukan data bahwa pasien memberikan ancaman atau mencoba bunuh diri, masalah keperawatan yang mungkin muncul :

**Risiko bunuh diri**

Bila saudara telah merumuskan masalah ini, maka saudara perlu segera melakukan tindakan keperawatan untuk melindungi pasien.

### **D. Tindakan Keperawatan**

**Ancaman/Percobaan Bunuh Diri Dengan Diagnosa Keperawatan: Risiko Bunuh Diri**

#### **I. Tindakan keperawatan untuk pasien percobaan bunuh diri**

- a. Tujuan : Pasien tetap aman dan selamat
- b. Tindakan : Melindungi pasien

Untuk melindungi pasien yang mengancam atau mencoba bunuh diri, maka saudara dapat melakukan tindakan berikut:

- 1) Menemani pasien terus-menerus sampai dia dapat dipindahkan ketempat yang aman
- 2) Menjauhkan semua benda yang berbahaya (misalnya pisau, silet, gelas, tali pinggang)
- 3) Memeriksa apakah pasien benar-benar telah meminum obatnya, jika pasien mendapatkan obat
- 4) Dengan lembut menjelaskan pada pasien bahwa saudara akan melindungi pasien sampai tidak ada keinginan bunuh diri.

### SP 1 Pasien: Percakapan untuk melindungi pasien dari percobaan bunuh diri

Peragakan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

#### ORIENTASI

"Assalamu'alaikum A kemalkan saya adalah perawat B yang bertugas di ruang Mawar ini, saya dinas pagi dari jam 7 pagi sampai 2 siang."

"Bagaimana perasaan A hari ini?"

"Bagaimana kalau kita bercakap-cakap tentang apa yang A rasakan selama ini. Dimana dan berapa lama kita bicara?"

#### KERJA

"Bagaimana perasaan A setelah bencana ini terjadi? Apakah dengan bencana ini A merasa paling menderita di dunia ini? Apakah A kehilangan kepercayaan diri? Apakah A merasa tak berharga atau bahkan lebih rendah daripada orang lain? Apakah A merasa bersalah atau mempersalahkan diri sendiri? Apakah A sering mengalami kesulitan berkonsentrasi? Apakah A berniat untuk menyakiti diri sendiri, ingin bunuh diri atau berharap bahwa A mati? Apakah A pernah mencoba untuk bunuh diri? Apa sebabnya, bagaimana caranya? Apa yang A rasakan?" Jika pasien telah menyampaikan ide bunuh dirinya, segera dilanjutkan dengan tindakan keperawatan untuk melindungi pasien, misalnya dengan mengatakan: "Baiklah, tampaknya A membutuhkan pertolongan segera karena ada keinginan untuk mengakhiri hidup". "Saya perlu memeriksa seluruh isi kamar A ini untuk memastikan tidak ada benda-benda yang membahayakan A."

"Nah A, Karena A tampaknya masih memiliki keinginan yang kuat untuk mengakhiri hidup A, maka saya tidak akan membiarkan A sendiri."

"Apa yang A lakukan kalau keinginan bunuh diri muncul? Kalau keinginan itu muncul, maka untuk mengatasinya A harus langsung minta bantuan kepada perawat di ruangan ini dan juga keluarga atau teman yang sedang beruk. Jadi A jangan sendirian ya, katakan pada perawat, keluarga atau teman jika ada dorongan untuk mengakhiri kehidupan".

"Saya percaya A dapat mengatasi masalah, OK A?"

#### TERMINASI

"Bagaimana perasaan A sekarang setelah mengetahui cara mengatasi perasaan ingin bunuh diri?"

"Coba A sebutkan lagi cara tersebut"

"Saya akan mememani A terus sampai keinginan bunuh diri hilang"

( jangan meninggalkan pasien )

### 2. Tindakan keperawatan keluarga dengan pasien percobaan bunuh diri

- Tujuan: Keluarga berperan serta melindungi anggota keluarga yang mengancam atau mencoba bunuh diri
- Tindakan:
  - Menganjurkan keluarga untuk ikut mengawasi pasien serta jangan pernah meninggalkan pasien sendirian
  - Menganjurkan keluarga untuk membantu perawat menjauhi barang-barang berbahaya disekitar pasien
  - Mendiskusikan dengan keluarga ja untuk tidak sering melamun sendiri
  - Menjelaskan kepada keluarga pentingnya pasien minum obat secara teratur

## **SP 2 Keluarga: Percakapan dengan keluarga untuk melindungi pasien yang mencoba bunuh diri**

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

### **ORIENTASI**

"Assalamu 'alaikum Bapak/Ibu, hendaklah saya B yang merawat putra bapak dan ibu di rumah sakit ini".

"Bagaimana kalau kita berbincang-bincang tentang cara menjaga agar A tetap selamat dan tidak melukai dirinya sendiri. Bagaimana kalau disini saja kita berbincang-bincangnya Pak/Bu?" "Sambil kita awasi terus A."

### **KERJA**

"Bapak/Ibu, A sedang mengalami putus asa yang berat karena kehilangan sahabat karibnya akibat bencana yang lalu, sehingga sekarang A selalu ingin mengakhiri hidupnya. Karena kondisi A yang dapat mengakhiri kehidupannya sewaktu-waktu, kita semua perlu mengawasi A terus-menerus. Bapak/Ibu dapat ikut mengawasi ya, pokoknya kalau alam kondisi serius seperti ini A tidak boleh ditinggal sendirian sedikitpun."

"Bapak/Ibu bisa bantu saya untuk mengamankan barang-barang yang dapat digunakan A untuk bunuh diri, seperti tali tambang, pisau, silet, tali pinggang. Semua barang-barang tersebut tidak boleh ada disekitar A". "Selain itu, jika bicara dengan A fokus pada hal-hal positif, hindarkan pernyataan negatif."

"Selain itu sebaiknya A punya kegiatan positif seperti melakukan hobinya bermain sepak bola, dll supaya tidak sempat melamun sendiri."

### **TERMINASI**

"Bagaimana perasaan bapak dan ibu setelah berbicara dengan saya?"

"Bisa bapak dan ibu sebutkan kembali cara menangani anak bapak dan ibu yang ingin bunuh diri?"

"Nah, pak, bu setelah ini coba bapak ibu praktekan cara yang telah kita bicarakan tadi ya."

"Bagaimana kalau dua hari lagi bapak dan ibu datang kembali kerini menjumpai saya karena akhir minggu ini khan A sudah boleh pulang?"

"Kita akan membuat jadwal aktivitas A selama di rumah nanti ya."

"Saya tunggu dua hari lagi ya pak, bu, Assalamu 'alaikum"

## **Isyarat Bunuh Diri Dengan Diagnosa Harga Diri Rendah:**

### **I. Tindakan keperawatan untuk pasien isyarat bunuh diri**

#### **a. Tujuan:**

- 1) Pasien mendapat perlindungan dari lingkungannya
- 2) Pasien dapat mengungkapkan perasaannya
- 3) Pasien dapat meningkatkan harga dirinya
- 4) Pasien dapat menggunakan cara penyelesaian masalah yang baik

#### **b. Tindakan keperawatan**

- 1) Mendiskusikan tentang cara mengatasi keinginan bunuh diri, yaitu dengan meminta bantuan dari keluarga atau teman.
- 2) Meningkatkan harga diri pasien, dengan cara:
  - a) Memberi kesempatan pasien mengungkapkan perasaannya.
  - b) Berikan pujian bila pasien dapat mengatakan perasaan yang positif.

- c) Meyakinkan pasien bahwa dirinya penting
- d) Membicarakan tentang keadaan yang sepatutnya disyukuri pasien
- e) Merencanakan aktifitas yang dapat pasien lakukan
- 3) Meningkatkan kemampuan menyelesaikan masalah, dengan cara:
  - a) Mendiskusikan dengan pasien cara menyelesaikan masalahnya
  - b) Mendiskusikan dengan pasien efektifitas masing-masing cara penyelesaian masalah
  - c) Mendiskusikan dengan pasien cara menyelesaikan masalah yang lebih baik

## **SP 2 Pasien: Percakapan melindungi pasien dari isyarat bunuh diri**

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

### **ORIENTASI**

"Assalamu 'alaikum B!, masih ingat dengan saya kkan? Bagaimana perasaanB hari ini?  
O... jadi B merasa tidak perlu lagi hidup di dunia ini. Apakah B ada perasaan ingin bunuh diri? Baiklah kalau begitu, hari ini kita akan membahas tentang bagaimana cara mengatasi keinginan bunuh diri. Mau berapa lama? Dimana? "Disini saja yah!"

### **KERJA**

"Baiklah, tampaknya B membutuhkan pertolongan segera karena ada keinginan untuk mengakhiri hidup". "Saya perlu memeriksa seluruh isi kamar B ini untuk memastikan tidak ada benda-benda yang membahayakan B."

"Nah B, karena B tampaknya masih memiliki keinginan yang kuat untuk mengakhiri hidup B, maka saya tidak akan membiarkan B sendiri."

"Apa yang B lakukan kalau keinginan bunuh diri muncul? Kalau keinginan itu muncul, maka untuk mengatasinya B harus langsung minta bantuan kepada perawat atau keluarga dan teman yang sedang benak. Jadi usahakan B jangan pernah sendirian ya..".

### **TERMINASI**

"Bagaimana perasaan B setelah kita bercakap-cakap? Bisa sebutkan kembali apa yang telah kita bicarakan tadi? Bagus B. Bagaimana Masih ada dorongan untuk bunuh diri? Kalau masih ada perasaan / dorongan bunuh diri, tolong panggil segera saya atau perawat yang lain. Kalau sudah tidak ada keinginan bunuh diri saya akan ketemu B lagi, untuk membicarakan cara menumbuhkan harga diri setengah jam lagi dan disini saja."



**SP 3 Pasien: Percakapan untuk meningkatkan harga diri pasien isyarat bunuh diri**

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

**ORIENTASI**

"Assalamu 'alaikum B! Bagaimana perasaan B saat ini? Masih adakah dorongan mengakhiri kehidupan? Baik, sesuai janji kita dua jam yang lalu sekarang kita akan membahas tentang rasa syukur atas pemberian Tuhan yang masih B miliki. Mau berapa lama? Dimana?"

**KERJA**

"Apa saja dalam hidup B yang perlu disyukuri, siapa saja kira-kira yang sedih dan rugi kalau B meninggal. Coba B ceritakan hal-hal yang baik dalam kehidupan B. Kadaan yang bagaimana yang membuat B merasa puas? Bagus. Ternyata kehidupan B masih ada yang baik yang patut B syukuri. Coba B sebutkan kegiatan apa yang masih dapat B lakukan selama ini". Bagaimana kalau B mencoba melakukan kegiatan tersebut. Mari kita latih."

**TERMINASI**

"Bagaimana perasaan B setelah kita bercakap-cakap? Bisa sebutkan kembali apa-apa saja yang B patut syukuri dalam hidup B? Ingat dan ucapkan hal-hal yang baik dalam kehidupan B jika terjadi dorongan mengakhiri kehidupan (affirmasi). Bagus B. Coba B ingat-ingat lagi hal-hal lain yang masih B miliki dan perlu disyukuri! Nanti jam 12 kita bahas tentang cara mengatasi masalah dengan baik. Tempatnya dimana? Baiklah. Tapi kalau ada perasaan-perasaan yang tidak terkendali segera hubungi saya ya!"

**SP 4 Pasien: Berikut ini percakapan untuk meningkatkan kemampuan dalam menyelesaikan masalah pada pasien isyarat bunuh diri**

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

**ORIENTASI**

"Assalamu 'alaikum, B. Bagaimana perasaannya? Masihkah ada keinginan bunuh diri? Apalagi hal-hal positif yang perlu disyukuri? Bagus! Sekarang kita akan berdiskusi tentang bagaimana cara mengatasi masalah yang selama ini timbul. Mau berapa lama? Di saja yah?"

**KERJA**

"Coba ceritakan situasi yang membuat B ingin bunuh diri. Selain bunuh diri, apalagi kira-kira jalan keluarnya. Wow banyak juga yah. Nah coba kita diskusikan keuntungan dan kerugian masing-masing cara tersebut. Mari kita pilih cara mengatasi masalah yang paling menguntungkan! Menurut B cara yang mana? Ya, saya setuju, B bisa dicoba! "Mari kita buat rencana kegiatan untuk masa depan."

**TERMINASI**

"Bagaimana perasaan B, setelah kita bercakap-cakap? Apa cara mengatasi masalah yang B akan gunakan? Coba dalam satu hari ini, B menyelesaikan masalah dengan cara yang dipilih B tadi. Besok di jam yang sama kita akan bertemu lagi disini untuk membahas pengalaman B menggunakan cara yang dipilih".

## **2. Tindakan keperawatan untuk keluarga dengan pasien isyarat bunuh diri**

- a. Tujuan : keluarga mampu merawat pasien dengan risiko bunuh diri.
- b. Tindakan keperawatan:
  - 1) Mengajarkan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri
    - a) Menanyakan keluarga tentang tanda dan gejala bunuh diri yang pernah muncul pada pasien.
    - b) Mendiskusikan tentang tanda dan gejala yang umumnya muncul pada pasien berisiko bunuh diri.
  - 2) Mengajarkan keluarga cara melindungi pasien dari perilaku bunuh diri
    - a) Mendiskusikan tentang cara yang dapat dilakukan keluarga bila pasien memperlihatkan tanda dan gejala bunuh diri.
    - b) Menjelaskan tentang cara-cara melindungi pasien, antara lain:
      - (1) Memberikan tempat yang aman. Menempatkan pasien di tempat yang mudah diawasi, jangan biarkan pasien mengunci diri di kamarnya atau jangan meninggalkan pasien sendirian di rumah
      - (2) Menjauhkan barang-barang yang bisa digunakan untuk bunuh diri. Jauhkan pasien dari barang-barang yang bisa digunakan untuk bunuh diri, seperti: tali, bahan bakar minyak / bensin, api, pisau atau benda tajam lainnya, zat yang berbahaya seperti obat nyamuk atau racun serangga.
      - (3) Selalu mengadakan pengawasan dan meningkatkan pengawasan apabila tanda dan gejala bunuh diri meningkat. Jangan pernah melonggarkan pengawasan, walaupun pasien tidak menunjukkan tanda dan gejala untuk bunuh diri.
    - c) Menganjurkan keluarga untuk melaksanakan cara tersebut di atas.
  - 3) Mengajarkan keluarga tentang hal-hal yang dapat dilakukan apabila pasien melakukan percobaan bunuh diri, antara lain:
    - a) Mencari bantuan pada tetangga sekitar atau pemuka masyarakat untuk menghentikan upaya bunuh diri tersebut
    - b) Segera membawa pasien ke rumah sakit atau puskesmas mendapatkan bantuan medis
  - 4) Membantu keluarga mencari rujukan fasilitas kesehatan yang tersedia bagi pasien
    - a) Memberikan informasi tentang nomor telepon darurat tenaga kesehatan
    - b) Menganjurkan keluarga untuk mengantarkan pasien berobat/kontrol secara teratur untuk mengatasi masalah bunuh dirinya.
    - c) Menganjurkan keluarga untuk membantu pasien minum obat sesuai prinsip lima benar yaitu benar orangnya, benar obatnya, benar dosisnya, benar cara penggunaannya, benar waktu penggunaannya

**SP 2 Keluarga: Percakapan untuk mengajarkan keluarga tentang cara merawat anggota keluarga berisiko bunuh diri. (isyarat bunuh diri)**

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

**ORIENTASI**

*"Assalamu'alaikum Bapak/Ibu. Bagaimana keadaan anak Bpk/Ibu?"*

*"Hari ini kita akan mendiskusikan tentang tanda dan gejala bunuh diri dan cara melindungi dari bunuh diri."*

*"Dimana kita akan diskusi. Bagaimana kalau di ruang wawancara?" Berapa lama Bapak/Ibu punya waktu untuk diskusi?"*

**KERJA**

*"Apa yang Bapak/Ibu lihat dari perilaku atau ucapan B?"*

*"Bapak/Ibu sebaiknya memperhatikan benar-benar munculnya tanda dan gejala bunuh diri. Pada umumnya orang yang akan melakukan bunuh diri menunjukkan tanda melalui percakapan misalnya "Saya tidak ingin hidup lagi, orang lain lebih baik tanpa saya. Apakah B pernah mengatakannya?"*

*"Kalau Bapak / Ibu menemukan tanda dan gejala tersebut, maka sebaiknya Bapak / Ibu mendengarkan ungkapan perasaan dari B secara serius. Pengawasan terhadap B ditingkatkan, jangan biarkan dia sendirian di rumah atau jangan dibiarkan mengunci diri di kamar. Kalau menemukan tanda dan gejala tersebut, dan ditemukan alat-alat yang akan digunakan untuk bunuh diri, sebaiknya dicegah dengan meningkatkan pengawasan dan memberi dukungan untuk tidak melakukan tindakan tersebut. Katakan bahwa Bpk/Ibu sayang pada B. Katakan juga kebaikan-kebaikan B!"*

*"Usahakan redikinya 5 kali sehari bapak dan ibu memuji B denganulus"*

*"Tetapi kalau sudah terjadi percobaan bunuh diri, sebaiknya Bapak/Ibu mencari bantuan orang lain. Apabila tidak dapat diatasi segeralah rujuk ke Puskesmas atau rumah sakit terdekat untuk mendapatkan perawatan yang lebih serius. Setelah kembali ke rumah, Bapak/Ibu perlu membantu agar B terus berobat untuk mengatasi keinginan bunuh diri."*

**TERMINASI**

*"Bagaimana Pak/Ibu? Ada yang mau ditanyakan? Bapak/Ibu dapat ulangi kembali cara-cara merawat anggota keluarga yang ingin bunuh diri?"*

*"Ya, bagus. Jangan lupa pengawasannya ya! Jika ada tanda-tanda keinginan bunuh diri segera hubungi kami. Kita dapat melanjutkan untuk pembicaraan yang akan datang tentang cara-cara meningkatkan harga diri B dan penyelesaian masalah"*

*"Bagaimana Bapak/Ibu setuju?" Kalau demikian sampai bertemu lagi minggu depan disini".*

**SP 3 Keluarga: Melatih keluarga cara merawat pasien risiko bunuh diri/isyarat bunuh diri**

Peragaan kepada pasangan anda komunikasi dibawah ini

**ORIENTASI**

*"Assalamualaikum pak, bu, sesuai janji kita minggu lalu kita sekarang ketemu lagi"*

*"Bagaimana pak, bu, ada pertanyaan tentang cara merawat yang kita bicarakan minggu lalu?"*

*"Sekarang kita akan latihan cara-cara merawat tersebut ya pak, bu?"*

*"Kita akan coba disini dulu, setelah itu baru kita coba langsung ke B ya?"*

*"Berapa lama bapak dan ibu mau kita latihan?"*

**KERJA**

*"Sekarang anggap saya B yang sedang mengatakan ingin mati saja, coba bapak dan ibu praktekan cara bicara yang benar bila B sedang dalam keadaan yang seperti ini"*

*"Bagus, betul begitu caranya"*

*"Sekarang coba praktekan cara memberikan pujian kepada B"*

*"Bagus, bagaimana kalau cara memotivasi B minum obat dan melakukan kegiatan positifnya sesuai jadwal?"*

*"Bagus sekali, ternyata bapak dan ibu sudah mengerti cara merawat B"*

*"Bagaimana kalau sekarang kita mencobanya langsung kepada B?"*

*(Ulangi lagi semua cara diatas langsung kepada pasien)*

**TERMINASI**

*"Bagaimana perasaan bapak dan ibu setelah kita berlatih cara merawat B di rumah?"*

*"Setelah ini coba bapak dan ibu lakukan apa yang sudah dilatih tadi setiap kali bapak dan ibu menemui B"*

*"Baiklah bagaimana kalau dua hari lagi bapak dan ibu datang kembali kesini dan kita akan mencoba lagi cara merawat B sampai bapak dan ibu lancar melakukannya"*

*"Jam berapa bapak dan ibu bisa kemari?"*

*"Baik saya tunggu, kita ketemu lagi di tempat ini ya pak, bu"*



**SP 4 Keluarga: Membuat perencanaan Pulang bersama keluarga dengan pasien risiko bunuh diri**

Peragaan bersama pasangan anda komunikasi dibawah ini

**ORIENTASI**

"Assalamualaikum pak, bu, hari ini B sudah boleh pulang, maka sebaiknya kita membicarakan jadwal B selama di rumah "Berapa lama kita bisa diskusi?, baik mari kita diskusikan "

**KERJA**

"Pak, bu, ini jadwal B selama di rumah sakit, coba perhatikan, apakah dilakukan di rumah?"  
"tolong dilanjutkan di rumah, baik jadwal aktivitas maupun jadwal minum obatnya"

"Hal-hal yang perlu diperhatikan lebih lanjut adalah perilaku yang ditampilkan oleh B selama di rumah. Kalau misalnya B terus menerus mengatakan ingin bunuh diri, tampak gelisah dan tidak terkendali serta tidak memperlihatkan perbaikan, menolak minum obat atau memperlihatkan perilaku membahayakan orang lain, tolong bapak dan ibasegera hubungi Suster H di Puskesmas Ingin Jaya, puskesmas terdekat dari rumah ibu dan bapak, ini nomor telepon puskesmasnya: (0651) 853xxx

*Selanjutnya suster H yang akan membantu memantau perkembangan B*

**TERMINASI**

"Bagaimana pak/bu? Ada yang belum jelas?" Ini jadwal kegiatan harian B untuk dibawa pulang. Ini surat rujukan untuk perawat K di puskesmas Indrapuri. Jangan lupa kontrol ke puskesmas sebelum obat habis atau ada gejala yang tampak. Silahkan selesaikan administrasinya.

**Ringkasan tindakan keperawatan untuk pasien berisiko bunuh diri berdasarkan perilaku bunuh diri yang ditampilkan**

Tiga macam perilaku bunuh diri	Tindakan keperawatan untuk pasien	Tindakan keperawatan untuk keluarga
1. Isyarat bunuh diri	1. Mendiskusikan cara mengatasi keinginan bunuh diri 2. Meningkatkan harga diri pasien 3. Meningkatkan kemampuan pasien dalam menyelesaikan masalah	Melakukan pendidikan kesehatan tentang cara merawat anggota keluarga yang ingin bunuh diri
2. Ancaman bunuh diri 3. Percobaan bunuh diri	Melindungi pasien	Melibatkan keluarga untuk mengawasi pasien secara ketat

## E. EVALUASI

### 1. Evaluasi Kemampuan Pasien Dan Keluarga

#### PENILAIAN KEMAMPUAN PASIEN DAN KELUARGA DENGAN MASALAH RISIKO BUNUH DIRI

Nama pasien : .....

Nama ruangan : .....

Nama perawat : .....

Petunjuk pengisian:

1. Berilah tanda (V) jika pasien dan keluarga mampu melakukan kemampuan di bawah ini.
2. Tuliskan tanggal setiap dilakukan penilaian.

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
A	Pasien				
1	Menyebutkan cara mengamankan benda-benda berbahaya				
2	Menyebutkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri				
3	Menyebutkan aspek positif diri				
4	Menyebutkan coping konstruktif untuk mengatasi masalah				
5	Menyebutkan rencana masa depan				
6	Membuat rencana masa depan				
B	Keluarga				
1	Menyebutkan pengertian bunuh diri dan proses terjadinya bunuh diri				
2	Menyebutkan tanda dan gejala resiko bunuh diri				
3	Menyebutkan cara merawat pasien dengan bunuh diri				
4	Membuat jadual aktivitas dan minum obat klien di rumah ( <i>discharge planning</i> )				
5	Memberikan pujian atas kemampuan pasien				

## 2. Evaluasi Kemampuan Perawat

### PENILAIAN KEMAMPUAN PERAWAT DALAM MERAWAT PASIEN RISIKO BUNUH DIRI

Nama pasien : .....

Nama ruangan : .....

Nama perawat : .....

Petunjuk pengisian:

Penilaian tindakan keperawatan untuk setiap SP dengan menggunakan instrumen penilaian kinerja

Nilai tiap penilaian kinerja masukkan ke tabel pada baris nilai SP.

No	Kemampuan	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl	Tgl
<b>A</b>	<b>Pasien</b>							
	<b>SP I p</b>							
1	Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien							
2	Mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien							
3	Melakukan kontrak <i>treatment</i>							
4	Mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri							
5	Melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri							
	<b>Nilai SP I p</b>							
	<b>SP II p</b>							
1	Mengidentifikasi aspek positif pasien							
2	Mendorong pasien untuk berfikir positif terhadap diri							
3	Mendorong pasien untuk menghargai diri sebagai individu yang berharga							
	<b>Nilai SP II p</b>							
	<b>SP III p</b>							
1	Mengidentifikasi pola coping yang biasa diterapkan pasien							
2	Menilai pola coping yang biasa dilakukan							
3	Mengidentifikasi pola coping yang konstruktif							
4	Mendorong pasien memilih pola coping yang konstruktif							
5	Menganjurkan pasien menerapkan pola coping konstruktif dalam kegiatan harian							
	<b>Nilai SP III p</b>							
	<b>SP IV p</b>							
1	Menbuat rencana masa depan yang realistis bersama pasien							
2	Mengidentifikasi cara mencapai rencana masa depan yang realistis							
3	Memberi dorongan pasien melakukan kegiatan dalam rangka meraih masa depan yang realistis							
	<b>Nilai SP IV p</b>							
<b>B</b>	<b>Keluarga</b>							
	<b>SP I k</b>							
1	Mendiskusikan masalah yang dirasakan keluarga dalam merawat pasien							
2	Menjelaskan pengertian, tanda dan gejala risiko bunuh diri, dan jenis perilaku bunuh diri yang dialami pasien beserta proses terjadinya							
3	Menjelaskan cara-cara merawat pasien risiko bunuh diri							

	<i>Nilai SP I k</i>								
	<b>SP II k</b>								
1	Melatih keluarga mempraktekkan cara merawat pasien dengan risiko bunuh diri								
2	Melatih keluarga melakukan cara merawat langsung kepada pasien risiko bunuh diri								
	<i>Nilai SP II k</i>								
	<b>SP III k</b>								
1	Membantu keluarga membuat jadwal aktivitas di rumah termasuk minum obat ( <i>discharge planning</i> )								
2	Menjelaskan follow up pasien setelah pulang								
	<i>Nilai SP III k</i>								
	<b>Total Nilai: SP p + SP k</b>								
	<b>Rata-rata</b>								

#### F. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian atau pencatatan dilakukan pada semua tahap proses perawatan. Berikut adalah panduan pengkajian pada pasien risiko bunuh diri.

##### Pengkajian:

1. Keluhan utama \_\_\_\_\_
2. Pengalaman masa lalu yang tidak menyenangkan \_\_\_\_\_
3. Konsep diri : Harga diri \_\_\_\_\_  
(Umumnya pasien mengatakan hal-hal yang negatif tentang dirinya, yang menunjukkan harga diri yang rendah)
4. Alam perasaan ( ) Sedih ( ) Ketakutan ( ) Putus asa ( ) Gembira berlebihan  
(Pasien umumnya merasakan kesedihan dan keputusasaan yang sangat mendalam)
4. Interaksi selama wawancara ( ) Bermusuhan ( ) Tidak kooperatif  
( ) Mudah tersinggung ( ) Kontak mata kurang ( ) Defensif ( ) Curiga  
(Pasien biasanya menunjukkan kontak mata yang kurang)
5. Afek ( ) Datar ( ) Tumpul ( ) Labil ( ) Tidak sesuai  
(Pasien biasanya menunjukkan afek yang datar atau tumpul)
6. Mekanisme koping mal adaptif (cara penyelesaian masalah yang tidak baik)  
( ) Minum alkohol ( ) Reaksi lambat ( ) Bekerja berlebihan  
( ) Menghundur ( ) Mencederai diri ( ) Lainnya \_\_\_\_\_  
(Pasien biasanya menyelesaikan masalahnya dengan cara menghindar dan mencederai diri)
7. Masalah psikososial & lingkungan  
( ) Masalah dengan dukungan keluarga ( ) Masalah dengan perumahan



## G. Terapi Aktivitas Kelompok

Terapi kelompok yang dapat dilakukan untuk pasien dengan bunuh diri adalah:

1. TAK stimulasi persepsi untuk harga diri rendah

- a. Sesi 1: Identifikasi hal positif pada diri
- b. Sesi 2: Melatih positif pada diri

2. TAK sosialisasi

TAK sosialisasi terdiri dari tujuh sesi yaitu:

- a. Sesi 1: Kemampuan memperkenalkan diri
- b. Sesi 2: Kemampuan berkenalan
- c. Sesi 3: Kemampuan bercakap-cakap
- d. Sesi 4: Kemampuan bercakap-cakap topik tertentu
- e. Sesi 5: Kemampuan bercakap-cakap masalah pribadi
- f. Sesi 6: Kemampuan bekerjasama
- g. Sesi 7: Evaluasi kemampuan sosialisasi

## RINGKASAN

**Konsep Bunuh Diri** adalah suatu upaya yang disadari dan bertujuan untuk mengakhiri kehidupan individu secara sadar berhasrat dan berupaya melaksanakan hasratnya untuk mati. Perilaku bunuh diri meliputi isyarat-isyarat, percobaan atau ancaman verbal, yang akan mengakibatkan kematian, luka atau menyakiti diri sendiri. Pada umumnya tindakan bunuh diri merupakan cara ekspresi orang yang penuh stress. Perilaku bunuh diri berkembang dalam rentang diantaranya: **Suicidal ideation**, Pada tahap ini merupakan proses kontemplasi dari suicide, atau sebuah metoda yang digunakan tanpa melakukan aksi/tindakan, bahkan klien pada tahap ini tidak akan mengungkapkan idenya apabila tidak ditekan. Walaupun demikian, perawat perlu menyadari bahwa pasien pada tahap ini memiliki pikiran tentang keinginan untuk mati. **Suicidal intent**, Pada tahap ini klien mulai berpikir dan sudah melakukan perencanaan yang konkrit untuk melakukan bunuh diri. **Suicidal threat**, Pada tahap ini klien mengekspresikan adanya keinginan dan hasrat yang dalam, bahkan ancaman untuk mengakhiri hidupnya. **Suicidal gesture**, Pada tahap ini klien menunjukkan perilaku destruktif yang diarahkan pada diri sendiri yang bertujuan tidak hanya mengancam kehidupannya tetapi sudah pada percobaan untuk melakukan bunuh diri. Tindakan yang dilakukan pada fase ini pada umumnya tidak mematikan, misalnya meminum beberapa pil atau menyayat pembuluh darah pada lengannya. Hal ini terjadi karena individu memahami ambivalen antara mati dan hidup dan tidak berencana untuk mati. Individu ini masih memiliki kemauan untuk hidup, ingin di selamatkan, dan individu ini sedang mengalami konflik mental. Tahap ini sering di namakan **"Crying for help"** sebab individu ini sedang berjuang dengan stress yang tidak mampu di selesaikan. **Suicidal attempt**, Pada tahap ini perilaku destruktif klien yang mempunyai indikasi individu ingin mati dan tidak mau diselamatkan misalnya minum obat yang mematikan, walaupun demikian banyak individu masih mengalami ambivalen akan kehidupannya.

### SOAL LATIHAN

1. Faktor peneetus bunuh diri :
  1. Peristiwa kehidupan yg memalukan
  2. Dipermalukan di depan umum
  3. Masalah hubungan interpersonal
  4. Kehilangan uang
2. Yang termasuk isyarat bunuh diri :
  1. Perilaku yang secara tidak langsung untuk bunuh diri
  2. "Tolong jaga anak-anak saya, saya akan pergi jauh"
  3. Pasien mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya
  4. Disertai rencana cara mengakhiri hidup
3. Yang termasuk dalam kategori percobaan bunuh diri :
  1. Tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehidupan.
  2. Melakukan gantung diri
  3. Pasien tidak mati dengan usahanya tersebut
  4. Belum mencoba.
4. Tindakan keperawatan pada pasien yang mengancam atau mencoba bunuh diri.
  1. Menemani terus
  2. Menjauhkan benda berbahaya
  3. Mendapatkan orang yang bisa membawa ke RS
  4. Anjurkan kepada keluarga untuk mendukung pasien minum obat.
5. Tindakan keperawatan pada keluarga pasien dengan ancaman/mencoba bunuh diri :
  1. Anjurkan untuk mengawasi pasien secara ketat.
  2. Anjurkan keluarga untuk menyingkirkan benda-benda yang membahayakan.
  3. Diskusikan siapa yang dapat membawa ke RS jika perlu.
  4. Anjurkan kepada keluarga untuk mendukung pasien minum obat.
6. Yang termasuk *Self enhancement* (pengembangan diri) dalam rentang respon perlindungan diri berikut ini adalah
  1. Menyayangi kehidupan diri
  2. Berani mengambil risiko untuk meningkatkan perkembangan diri.
  3. Berusaha selalu meningkatkan kualitas diri.
  4. Individu tak menyadari/menyangkal bahaya aktivitas tersebut.
7. Yang termasuk *Self injury*:
  1. Perilaku yang disengaja menimbulkan kematian diri
  2. Mencederai diri
  3. Individu sadar bahkan menginginkan kematian
  4. Tak bermaksud bunuh diri tetapi perilakunya bisa mengancam jiwa
8. Populasi pasien yang beresiko melakukan bunuh diri:
  1. Mental retardation
  2. Pasien psikotik
  3. Narapidana
  4. Gangguan kepribadian
9. Aktif mencoba bunuh diri ,mempunyai rencana bunuh diri yang spesifik, menyiapkan alat untuk bunuh diri (pistol, pisau, silet, dll), maka berdasarkan kategori pasien termasuk pada :
  - a. Intensif 1
  - b. Intensif 2
  - c. Intensif 3
  - d. Intensif 4
  - e. Partial Care

10. Mungkin sudah memiliki ide untuk mengakhiri hidupnya, namun tidak disertai dengan ancaman dan percobaan bunuh diri, mengungkapkan perasaan seperti rasa bersalah / sedih / marah / putus asa / tidak berdaya, maka berdasarkan kategori pasien termasuk pada :
- |               |               |                 |
|---------------|---------------|-----------------|
| a. Intensif 1 | c. Intensif 3 | e. Partial Care |
| b. Intensif 2 | d. Intensif 4 |                 |
11. Waktu yang dibutuhkan dalam perawatan intensif II pada pasien resiko suicide :
- |               |                    |              |
|---------------|--------------------|--------------|
| a. 24 jam     | c. 72 jam – 7 hari | e. 1 – 6 jam |
| b. 24 -72 jam | d. 10 hari         |              |
12. Mengidentifikasi benda-benda yang dapat membahayakan pasien, mengamankan benda-benda yang dapat membahayakan pasien, melakukan kontrak *treatment*, mengajarkan cara mengendalikan dorongan bunuh diri, melatih cara mengendalikan dorongan bunuh diri adalah tindakan keperawatan pada pasien resiko suicide pada SP :
- |      |      |      |
|------|------|------|
| a. 1 | c. 3 | e. 5 |
| b. 2 | d. 4 |      |

#### DAFTAR PUSTAKA

- Davidson, Gerald C., John M. Neale, & Ann M. Kring., 2004. *Abnormal Psychology* (9th edition). US: John Wiley & Sons, Inc.
- Depkes RI, 1996, *Proses Keperawatan Jiwa*, jilid I. Direktorat Kesehatan Jiwa, Jakarta.
- Friedman, Marilyn M. 1998. *Praktik Keperawatan Keluarga: Teori, Pengkajian, Diagnosa, dan Intervensi*. Toronto: Appleton&Lange.
- Herdman, T. Heather. 2012. *NANDA Internasional Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2012-2014*. EGC, Jakarta
- Hersherson, David B.; Power, Paul W.; & Waldo, Michael. 1996. *Community Counseling. Contemporary Theory and Practice*. Massachusetts, A Simon & Scuster Company
- Iyer, P.W., et al., 1996. *Nursing Process and Nursing Diagnosis*. W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Keliat, BA dan Akemat. 2009. *Model Praktik Keperawatan Profesional Jiwa*, EGC; Jakarta
- Maramis, W.F., 2006. *Catatan Ilmu Kedokteran Jiwa*. Ed. 9 Surabaya: Airlangga University Press.
- Stuart G.W, and Sundeen S.J., 1995. *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. St Louis: Mosby Year Book
- Stuart, G.W, and Laraia., 2005. *Principles and practice of psychiatric nursing*. 8ed. Elsevier Mosby, Philadelphia
- Stuart, G.W, and Sundeen, S.J, 1998. *Buku Saku Keperawatan Jiwa*, edisi 3, Penerbit : Buku Kedokteran EGC ; Jakarta.
- Yosef, Iyos. 2007. *Keperawatan Jiwa*. Penerbit; PT Refika Aditama, Bandung.

# Paper 7

---

## ORIGINALITY REPORT

---

13%

SIMILARITY INDEX

14%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

2%

STUDENT PAPERS

---

## MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

---

1%

★ himmahpsik08.blogspot.com

Internet Source

---

---

Exclude quotes      On

Exclude bibliography      Off

Exclude matches      < 1%